

**PRIMERA PÁGINA (Portada)**

# **Información Importante Adjunta sobre los Beneficios Evidencia de Cobertura**

**Acerca de esta Evidencia de Cobertura (EOC)**

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

Esta EOC es para el año de contrato 2020 de su Grupo.



**COMUNÍQUESE CON NOSOTROS**

**Citas y Consejos Médicos (Enfermeros Consejeros):** Disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana

**LLAME A** Miembros de *Denver y Boulder*: **303-338-4545** o a la línea telefónica gratuita **1-800-218-1059**  
Miembros del *sur de Colorado*: **1-800-218-1059**  
Miembros del *norte de Colorado*: **970-207-7171** o línea telefónica gratuita **1-800-218-1059**

**TTY** **711**  
Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.

**Salud del Comportamiento**

**LLAME A** Miembros de *Denver y Boulder*: **303-471-7700**  
Miembros del *sur de Colorado*: **1-866-702-9026**  
Miembros del *norte de Colorado*: **1-866-359-8299**

**TTY** **711**  
Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.

**Servicio a los Miembros**

**LLAME A** Miembros de *Denver y Boulder*: **303-338-3800** o a la línea telefónica gratuita **1-800-632-9700**  
Miembros del *sur de Colorado*: **1-888-681-7878**  
Miembros del *norte de Colorado*: **1-844-201-5824**

**TTY** **711**  
Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.

**FAX** **303-338-3444**

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

**SITIO WEB** [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol)

**Appeals Program**

**LLAME AL** 303-344-7933 o a la línea telefónica gratuita 1-888-370-9858

**TTY** 711

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

**FAX** 1-866-466-4042

**ESCRIBA A** Appeals Program  
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado  
P.O. Box 378066  
Denver, CO 80237-8066

**Departamento de Reclamaciones**

**LLAME A** Miembros de *Denver y Boulder*: 303-338-3600 o a la línea telefónica gratuita 1-800-382-4661  
Miembros del *sur de Colorado*: 1-888-681-7878  
Miembros del *norte de Colorado*: 1-800-382-4661

**TTY** 711

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

**ESCRIBA A** Miembros de *Denver y Boulder*:  
Claims Department  
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado  
P.O. Box 373150  
Denver, CO 80237-3150

Miembros *del sur de Colorado*:  
Claims Department  
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado  
P.O. Box 372910  
Denver, CO 80237-6910

Miembros *del norte de Colorado*:  
Claims Department  
Kaiser Foundation Health Plan of Colorado  
P.O. Box 373150  
Denver, CO 80237-3150

**Administración de la Membresía**

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

### Servicios Financieros para Pacientes

**LLAME A** Miembros de *Denver y Boulder*: 303-743-5900  
Miembros del *sur de Colorado*: 1-888-681-7878  
Miembros del *norte de Colorado*: 1-844-201-5824

**TTY** 711  
Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.

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

### Servicios de Selección de Médico Personal

**LLAME A** Miembros de *Denver y Boulder*: 303-338-4477  
Miembros del *sur de Colorado*: 1-855-208-7221  
Miembros del *norte de Colorado*: 1-855-208-7221

**TTY** 711  
Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.

**EN EL SITIO WEB** [kp.org/locations](http://kp.org/locations) (en inglés) encontrará una lista de proveedores y centros de atención.

### Oficinas Administrativas de Trasplantes

**LLAME AL** 303-636-3131

**TTY** 711  
Para usar este número necesita un aparato de teléfono especial y el servicio es únicamente para personas con dificultades auditivas o del habla.



# ÍNDICE

## LISTA DE BENEFICIOS (QUIÉN PAGA QUÉ)

### PRIMERA PÁGINA (PORTADA)

### COMUNÍQUESE CON NOSOTROS

### ÍNDICE

<b>I.</b>	<b>ELEGIBILIDAD .....</b>	<b>1</b>
<b>A.</b>	Quién es Elegible.....	1
1.	General .....	1
2.	Suscriptores .....	1
3.	Dependientes .....	1
<b>B.</b>	Inscripción y Fecha de Vigencia de la Cobertura.....	1
1.	Empleados Nuevos y sus Dependientes .....	1
2.	Miembros Que son Pacientes Hospitalizados en la Fecha de Vigencia de la Cobertura .....	1
3.	Inscripción Especial Debido a Dependientes Adquiridos Recientemente .....	2
4.	Inscripción Especial .....	2
5.	Inscripción Abierta.....	2
6.	Personas que Tienen Prohibido Inscribirse .....	2
<b>II.</b>	<b>CÓMO ACCEDER A SUS SERVICIOS Y OBTENER LA APROBACIÓN PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS ..</b>	<b>3</b>
<b>A.</b>	Su Proveedor de Atención Médica Primaria .....	3
1.	Cómo Elegir su Proveedor de Atención Médica Primaria .....	3
2.	Cómo Cambiar Su Proveedor de Atención Médica Primaria .....	4
<b>B.</b>	Acceso a Otros Proveedores.....	4
1.	Remisiones y Autorizaciones .....	4
2.	Autorremisiones a Especialidades.....	4
3.	Segundas Opiniones .....	5
<b>C.</b>	Centros del Plan.....	5
1.	Área de Servicio de Denver y Boulder .....	6
2.	Áreas de Servicio del sur y norte de Colorado.....	6
<b>D.</b>	Cómo Recibir la Atención que Necesita .....	6
<b>E.</b>	Visitas a Otras Áreas de Servicio del Plan de Salud Regional de Kaiser .....	6
<b>F.</b>	Cambio de Domicilio Fuera del Área de Servicio .....	6
<b>G.</b>	Cómo Usar Su Tarjeta de Identificación del Plan .....	6
<b>H.</b>	Acceso al Mercado Cruzado.....	7
1.	Miembros de <i>Denver y Boulder</i> .....	7
2.	Miembros del <i>sur y norte de Colorado</i> .....	7
<b>III.</b>	<b>BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO).....</b>	<b>7</b>
<b>A.</b>	Servicios en el Consultorio.....	7
<b>B.</b>	Servicios Quirúrgicos y Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios.....	8
<b>C.</b>	Atención para Pacientes Hospitalizados.....	8
1.	Servicios para Pacientes Hospitalizados en un Hospital del Plan.....	8
2.	Exclusiones en la Atención para Pacientes Hospitalizados .....	9
<b>D.</b>	Servicios de Ambulancia y Otros Medios de Transporte.....	9
1.	Cobertura.....	9
2.	Exclusiones de los Servicios de Ambulancia.....	9
<b>E.</b>	Ensayos Clínicos .....	9
1.	Cobertura ( <b>aplica solamente a los planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad</b> ).....	9
2.	Exclusiones de los Ensayos Clínicos .....	10
<b>F.</b>	Atención para Diálisis .....	10
<b>G.</b>	Equipo Médico Duradero (DME), Prostética y Ortopedia.....	10
1.	Equipo Médico Duradero (DME) .....	11
2.	Aparatos Protésicos.....	11
3.	Aparatos Ortopédicos.....	11

<b>H.</b>	Servicios de Intervención en la Primera Infancia.....	11
1.	Cobertura.....	11
2.	Limitaciones.....	12
3.	Exclusiones en los Servicios de Intervención en la Primera Infancia.....	12
<b>I.</b>	Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia.....	12
1.	Servicios de Emergencia.....	12
2.	Atención de Urgencia.....	13
<b>J.</b>	Servicios de Esterilización y Planificación Familiar.....	14
1.	Cobertura.....	14
2.	Exclusiones Relacionadas con los Servicios de Esterilización y Planificación Familiar.....	14
<b>K.</b>	Servicios de Educación para la Salud.....	14
<b>L.</b>	Servicios para la Audición.....	14
1.	Miembros de hasta 18 años.....	14
2.	Miembros de 18 Años en Adelante.....	15
<b>M.</b>	Atención Médica a Domicilio.....	15
1.	Cobertura.....	15
2.	Exclusiones en la Atención Médica a Domicilio.....	15
<b>N.</b>	Cuidados Paliativos y Servicios Especiales de Cuidados Paliativos.....	15
1.	Servicios Especiales de Cuidados Paliativos.....	15
2.	Cuidados Paliativos.....	15
<b>O.</b>	Servicios de Salud Mental.....	16
1.	Cobertura.....	16
2.	Exclusiones en los Servicios de Salud Mental.....	16
<b>P.</b>	Beneficios Fuera del Área.....	16
1.	Cobertura.....	16
2.	Exclusiones y Limitaciones en los Beneficios Fuera del Área.....	17
<b>Q.</b>	Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación Interdisciplinaria.....	17
1.	Cobertura.....	17
2.	Limitaciones.....	18
3.	Exclusiones en los Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación Multidisciplinaria.....	18
<b>R.</b>	Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos.....	18
1.	Cobertura.....	18
2.	Limitaciones.....	19
3.	Exclusiones en Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos.....	20
<b>S.</b>	Servicios de Atención Preventiva.....	20
<b>T.</b>	Cirugía Reconstructiva.....	20
1.	Cobertura.....	20
2.	Exclusiones en Cirugía Reconstructiva.....	20
<b>U.</b>	Servicios de apoyo para la salud reproductiva.....	20
<b>V.</b>	Atención en un Centro de Enfermería Especializada.....	21
1.	Cobertura.....	21
2.	Exclusión en la Atención en un Centro de Enfermería Especializada.....	21
<b>W.</b>	Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias.....	21
1.	Servicios Médicos y Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados.....	21
2.	Rehabilitación en un Centro Residencial.....	21
3.	Servicios para Pacientes Ambulatorios.....	21
4.	Exclusión en los Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias.....	21
<b>X.</b>	Servicios para Personas Transgénero.....	21
<b>Y.</b>	Servicios de Trasplante.....	22
1.	Cobertura.....	22
2.	Medicamentos Recetados Relacionados.....	22
3.	Términos y Condiciones.....	22
4.	Exclusiones y Limitaciones en los Servicios de Trasplantes.....	22
<b>Z.</b>	Servicios para la Vista.....	22
1.	Cobertura.....	22



2.	Exclusiones en los Servicios para la Vista.....	23
<b>AA.</b>	<b>Radiografías, Pruebas de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías .....</b>	<b>23</b>
1.	Cobertura.....	23
2.	Exclusiones en las Radiografías, Pruebas de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías .....	23
<b>IV.</b>	<b>LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO).....</b>	<b>23</b>
<b>A.</b>	Exclusiones.....	23
<b>B.</b>	Limitaciones .....	26
<b>C.</b>	Reducciones.....	27
1.	Coordinación de Beneficios (COB) .....	27
2.	Lesiones o Enfermedades Supuestamente Provocadas por Terceros.....	30
3.	Embarazo Tradicional o Embarazo por Encargo de Terceros .....	31
<b>V.</b>	<b>RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL MIEMBRO.....</b>	<b>31</b>
<b>VI.</b>	<b>PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN (CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN).....</b>	<b>32</b>
<b>VII.</b>	<b>DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA.....</b>	<b>32</b>
<b>A.</b>	Plan de Acceso .....	32
<b>B.</b>	Acceso a Servicios para Hablantes de Otros Idiomas .....	32
<b>C.</b>	Administración del Acuerdo .....	32
<b>D.</b>	Instrucciones por Anticipado.....	32
<b>E.</b>	Acuerdo Vinculante para los Miembros.....	32
<b>F.</b>	Enmienda del Acuerdo .....	32
<b>G.</b>	Solicitudes y Declaraciones.....	32
<b>H.</b>	Asignaciones .....	32
<b>I.</b>	Tarifas y Gastos de Abogados.....	33
<b>J.</b>	Facultad para la Revisión de Reclamaciones .....	33
<b>K.</b>	Contratos con los Proveedores del Plan .....	33
<b>L.</b>	Legislación Aplicable.....	33
<b>M.</b>	El Grupo y los Miembros no son Representantes del Plan de Salud .....	33
<b>N.</b>	Sin Exención.....	33
<b>O.</b>	No Discriminación .....	33
<b>P.</b>	Notificaciones.....	33
<b>Q.</b>	Crédito de Gasto Máximo de Bolsillo por Adquisición.....	33
<b>R.</b>	Recuperación de Exceso de Pago.....	34
<b>S.</b>	Prácticas de Privacidad.....	34
<b>T.</b>	Servicios de Valor Agregado .....	34
<b>U.</b>	Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer.....	35
<b>VIII.</b>	<b>CANCELACIÓN, NO RENOVACIÓN O CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA .....</b>	<b>35</b>
<b>A.</b>	Cancelación de la Membresía Debido a la Pérdida de Elegibilidad.....	35
<b>B.</b>	Cancelación del Acuerdo de Grupo.....	35
<b>C.</b>	Cancelación con Causa.....	35
<b>D.</b>	Cancelación del Plan del Seguro por Falta de Pago.....	35
<b>E.</b>	Cancelación de un Producto o de todos los Productos (se aplica solo a planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad).....	36
<b>F.</b>	Anulación de la Membresía.....	36
<b>G.</b>	Continuación de la Cobertura Grupal Bajo la Ley Federal, la Ley Estatal o USERRA .....	36
1.	Ley Federal (COBRA) .....	36
2.	Ley Estatal.....	36
3.	USERRA .....	36
<b>H.</b>	Mudanza a otra Área de Servicio del Plan de Salud regional de Kaiser .....	37
<b>IX.</b>	<b>APELACIONES Y QUEJAS.....</b>	<b>37</b>
<b>A.</b>	Reclamaciones y Apelaciones .....	37
<b>B.</b>	Quejas .....	45

**X. INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS DE PÓLIZAS Y TARIFAS .....46**  
**XI. DEFINICIONES .....46**  
**DISPOSICIONES ADICIONALES**

## I. ELEGIBILIDAD

### A. Quién es Elegible

#### 1. General

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

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

#### 2. Suscriptores

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

#### 3. Dependientes

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

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

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

Si su plan tiene requisitos de elegibilidad diferentes, consulte "Disposiciones Adicionales".

### B. Inscripción y Fecha de Vigencia de la Cobertura

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

#### 1. Empleados Nuevos y sus Dependientes

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

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

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

3. Inscripción Especial Debido a Dependientes Adquiridos Recientemente

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

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

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

Para los Suscriptores existentes:

- i. Si añadir al hijo recién nacido a la cobertura del Suscriptor cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por esa cobertura, entonces, para que se mantenga la cobertura del recién nacido después del periodo de cobertura de los primeros 31 días, el Suscriptor debe (A) pagar el nuevo monto para la cobertura después del periodo de cobertura de los primeros 31 días; y (B) notificar al Plan de Salud en un plazo de 31 días posteriores al nacimiento del recién nacido.
- ii. Si añadir al hijo recién nacido a la cobertura del Suscriptor no cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por la cobertura, aun así el Suscriptor debe notificar al Plan de Salud después del nacimiento del recién nacido para que se inscriba al recién nacido en la cobertura del Plan de Salud del Suscriptor.

- b. Para los hijos adoptados recientemente (incluidos los hijos entregados en adopción recientemente), la fecha de adopción o de la entrega en adopción. Un niño adoptado elegible debe inscribirse en un plazo de 31 días contados a partir de la fecha en que el niño es puesto bajo su custodia o a la fecha del decreto final de la adopción.

Para los Suscriptores existentes:

- i. Si añadir al hijo adoptado recientemente a la cobertura del Suscriptor cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por esa cobertura, entonces, para que continúe la cobertura del hijo adoptado recientemente después del periodo de cobertura inicial de 31 días, el Suscriptor debe (A) pagar el nuevo monto para la cobertura después del periodo de cobertura inicial de 31 días; y (B) notificar al Plan de Salud en un plazo de 31 días contados a partir de la adopción del hijo o de la entrega en adopción.
- ii. Si añadir al hijo adoptado recientemente a la cobertura del Suscriptor no cambiará el monto que el Suscriptor debe pagar por la cobertura, aun así el Suscriptor debe notificar al Plan de Salud después de la adopción o de la entrega en adopción del hijo para que se inscriba a dicho hijo en la cobertura del Plan de Salud del Suscriptor.

- c. Para todos los demás Dependientes, si se inscriben en un plazo de 31 días posteriores a volverse elegibles, a más tardar el primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo haya recibido la solicitud de inscripción. Su Grupo le informará la fecha de vigencia de la membresía. Los Empleados y los Dependientes que no estén inscritos cuando acaban de volverse elegibles deben esperar hasta el siguiente periodo de inscripción abierta para volverse Miembros del Plan de Salud, a menos que: (i) se inscriban bajo circunstancias especiales, como lo acuerden su Grupo y el Plan de salud; o (ii) se inscriban conforme a las disposiciones descritas en "Inscripción Especial".

4. Inscripción Especial

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

5. Inscripción Abierta

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

6. Personas que Tienen Prohibido Inscribirse

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

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

Como Miembro, usted elige nuestro programa de atención médica para que le proporcione atención médica. Debe recibir todos los Servicios cubiertos de los Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio local, excepto como se describe en los siguientes encabezados:

- "Servicios de Emergencia Proporcionados por Proveedores fuera del Plan (Servicios de Emergencia fuera del Plan)" en "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia" en la sección de "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".
- "Atención de Urgencia Fuera del Área de Servicio" en "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia" en la sección de "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".
- "Beneficio Fuera del Área" en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".
- "Acceso a otros proveedores" en esta sección.
- "Acceso al mercado cruzado" en esta sección.
- "Visitas a Otras Áreas de Servicio del Plan de Salud Regional de Kaiser" en esta sección.
- "Beneficio Plus" si su Grupo lo adquiere. Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)" para determinar si su Grupo adquirió esta cobertura.

El Área de Servicio local está impresa en su tarjeta de identificación del Plan de Salud. Para obtener más información sobre su tarjeta de Identificación, consulte la sección "Cómo Usar la Tarjeta de Identificación del Plan de Salud".

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

**Nota:** Los Miembros de *Denver y Boulder* no tienen acceso a Proveedores Afiliados dentro del Área de Servicio de *Denver y Boulder*, a no ser que estén autorizados por el Plan de Salud. Los Miembros del *sur y norte de Colorado* tienen acceso a Proveedores Afiliados dentro del Área de Servicio local.

### A. Su Proveedor de Atención Médica Primaria

Su proveedor de atención médica primaria (Primary Care Provider, PCP) tiene una función importante en la coordinación de sus necesidades de atención médica. Esto incluye las hospitalizaciones y las remisiones a especialistas. Todos los miembros de su familia deben tener su propio PCP.

#### 1. Cómo Elegir su Proveedor de Atención Médica Primaria

Puede seleccionar a un PCP de medicina familiar, pediatría o medicina interna dentro de su Área de Servicio local. También puede recibir una segunda opinión médica por parte de un Médico del Plan si la solicita. Consulte la sección "Segundas Opiniones".

##### a. Área de Servicio de Denver y Boulder

Puede elegir un PCP de nuestro directorio de proveedores. Para ver la lista de Proveedores del Plan y sus biografías, visite nuestro sitio web. Visite [kp.org/locations](http://kp.org/locations). También puede obtener una copia del directorio si llama a **Servicio a los Miembros**. Para elegir un médico de atención primaria, regístrese en nuestra cuenta en línea o llame al **Servicio de Selección del Médico Personal**. Según sus necesidades de atención médica, este equipo le ayudará a elegir un proveedor de atención médica primaria que esté aceptando pacientes nuevos.

##### b. Áreas de Servicio del sur y norte de Colorado

Debe elegir un PCP cuando se inscriba. Si usted no selecciona un PCP cuando se inscriba, nosotros le asignaremos uno que se encuentre cerca de su hogar.

El Grupo Médico tiene contratos con un panel de Médicos Afiliados, especialistas y otros profesionales de la salud para proporcionar Servicios médicos en las Áreas de Servicio del *sur y norte de Colorado*. Puede elegir su médico de atención primaria de nuestro panel de proveedores del *sur y norte de Colorado*.

Puede encontrar estos médicos, junto con una lista de especialistas afiliados y los proveedores auxiliares, en el Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente para su Área de Servicio local específica. Puede ver una lista de Proveedores del Plan del *sur y norte de Colorado* en nuestro sitio web. Visite [kp.org/locations](http://kp.org/locations). También puede obtener una copia del directorio si llama a **Servicio a los Miembros**. Para elegir a un PCP, llame al **Servicio de Selección del Médico Personal**. Según sus necesidades de atención médica, este equipo le ayudará a elegir un proveedor de atención médica primaria que esté aceptando pacientes nuevos.

Si está buscando atención de rutina o especializada en *Denver y Boulder*, debe tener una remisión de su PCP local con una autorización del Plan de Salud. Si no tiene una autorización, se le cobrará el monto total de los Cargos de la visita al consultorio. Si está de visita en el Área de Servicio de *Denver y Boulder* y necesita atención urgente o de

emergencia, puede visitar un Centro del Plan en **Denver y Boulder** sin una remisión. Para una remisión de un especialista, consulte la sección "Acceso a Otros Proveedores". Para obtener atención en los Consultorios Médicos del Plan en **Denver y Boulder**, consulte "Acceso al Mercado Cruzado".

2. Cómo Cambiar Su Proveedor de Atención Médica Primaria

a. Área de Servicio de Denver y Boulder

Llame a **Servicios de Selección de Médico Personal** para cambiar su PCP. También puede cambiar de PCP por Internet o cuando visite un Centro de Atención del Plan. Puede cambiar de PCP en cualquier momento.

b. Áreas de Servicio del sur y norte de Colorado

Llame a **Servicios de Selección de Médico Personal** para cambiar su PCP. Notifíquenos sobre la elección de su nuevo PCP antes del día 15 del mes. Su selección entrará en vigor el primer día del siguiente mes.

**B. Acceso a Otros Proveedores**

1. Remisiones y Autorizaciones

a. Área de Servicio de Denver y Boulder

Si el médico del Grupo Médico decide que usted necesita Servicios cubiertos que nosotros no ofrecemos, solicitará una remisión para que usted visite a un médico fuera del Grupo Médico, dentro o fuera de nuestra Área de Servicio. Esta solicitud de remisión se autorizará o se denegará. Sin embargo, puede haber circunstancias en las que el Plan de Salud autorice parcialmente la solicitud de remisión de su proveedor.

Una autorización es una solicitud de remisión que obtuvo la aprobación del Plan de Salud. Una autorización está limitada a un Servicio, un tratamiento, una serie de tratamientos y un periodo específicos. El proveedor o el centro al cual usted será remitido recibirá un aviso de autorización y usted recibirá un aviso por escrito de la autorización. En este aviso estará la información del proveedor. También se le informará cuáles son los Servicios autorizados y el periodo durante el cual la autorización es válida. Los Copagos o Coseguros para los Servicios autorizados son los mismos que los requeridos para los Servicios proporcionados por un médico del Grupo Médico.

Se necesita una autorización para los Servicios proporcionados por Proveedores fuera del Plan, por médicos que no pertenecen al Grupo Médico o en Centros que no pertenecen al Plan. Si el proveedor lo remite a un médico que no pertenece al Grupo Médico, a un Proveedor fuera del Plan o a un Centro que no pertenece al Plan, dentro o fuera del Área de Servicio, usted debe tener una autorización por escrito para que podamos cubrir los Servicios.

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

b. Áreas de Servicio del sur y norte de Colorado

Si el médico del Grupo Médico decide que usted necesita Servicios cubiertos que nosotros no ofrecemos, solicitará una remisión para que usted visite a un médico fuera del Grupo Médico, dentro o fuera de nuestra Área de Servicio. Esta solicitud de remisión se autorizará o se denegará. Sin embargo, puede haber circunstancias en las que el Plan de Salud autorice parcialmente la solicitud de remisión de su proveedor.

Una autorización es una solicitud de remisión que obtuvo la aprobación del Plan de Salud. Una autorización está limitada a un Servicio, un tratamiento, una serie de tratamientos y un periodo específicos. El proveedor o el centro al cual usted será remitido recibirá un aviso de autorización y usted recibirá un aviso por escrito de la autorización. En este aviso estará la información del proveedor. También se le informará cuáles son los Servicios autorizados y el periodo durante el cual la autorización es válida. Los Copagos o Coseguros para los Servicios autorizados son los mismos que los requeridos para los Servicios proporcionados por un médico del Grupo Médico.

Se necesita una Autorización para los Servicios proporcionados por Proveedores fuera del Plan, por médicos que no pertenecen al Grupo Médico o en Centros que no pertenecen al Plan. Si el proveedor lo remite a un médico que no pertenece al Grupo Médico, a un Proveedor fuera del Plan o a un Centro que no pertenece al Plan, dentro o fuera del Área de Servicio, usted debe tener una Autorización por escrito para que podamos cubrir los Servicios.

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

2. Autorremisiones a Especialidades

a. Área de Servicio de Denver y Boulder

En algunos casos, puede autorremitirse a consultas (visitas de rutina al consultorio) en los departamentos de atención especializada dentro de Kaiser Permanente, a excepción de algunos departamentos de atención especializada, como el departamento de anestesiología clínica para el tratamiento del dolor. No necesita una remisión ni una autorización previa para obtener acceso a los servicios de cuidado de los ojos de parte de un Proveedor del Plan. No necesita una

remisión ni una autorización previa para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica por parte de un Proveedor del Plan que se especialice en obstetricia o ginecología.

En el Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente para su Área de Servicio local, encontrará los proveedores de atención especializada. El Directorio de Proveedores está disponible en nuestro sitio web [kp.org/locations](http://kp.org/locations). Si necesita una copia impresa del Directorio de Proveedores, comuníquese con el **Servicio a los Miembros**.

Una autorremisión proporciona cobertura solo para visitas de rutina al consultorio. Algunos Servicios que no sean los que se prestan como parte de una visita de rutina al consultorio no se cubrirán, a menos que los autorice Kaiser Permanente antes de que se presten los Servicios.

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

Un Proveedor del Plan puede remitirlo directamente para algunos Servicios de laboratorio o radiología y para procedimientos especializados como una tomografía computarizada (TC) o Imágenes por Resonancia Magnética (IRM). Sin embargo, para determinados Servicios de laboratorio o radiología y para procedimientos especializados se necesita una autorización.

b. Áreas de Servicio del *sur y norte de Colorado*

En algunos casos, puede autorremitirse a consultas (visitas de rutina al consultorio) en los departamentos de atención especializada dentro de Kaiser Permanente, a excepción de algunos departamentos de atención especializada, como el departamento de anestesiología clínica para el tratamiento del dolor. No necesita una remisión ni una autorización previa para obtener acceso a los servicios de cuidado de los ojos de parte de un Proveedor del Plan. No necesita una remisión ni una autorización previa para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica por parte de un Proveedor del Plan que se especialice en obstetricia o ginecología.

En el Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente para su Área de Servicio local, encontrará los proveedores de atención especializada. El Directorio de Proveedores está disponible en nuestro sitio web [kp.org/locations](http://kp.org/locations). Si necesita una copia impresa del Directorio de Proveedores, comuníquese con el **Servicio a los Miembros**.

Una autorremisión proporciona cobertura solo para visitas de rutina al consultorio. Algunos Servicios que no sean los que se prestan como parte de una visita de rutina al consultorio no se cubrirán, a menos que los autorice Kaiser Permanente antes de que se presten los Servicios.

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

Un Proveedor del Plan puede remitirlo directamente para algunos Servicios de laboratorio o radiología y para procedimientos especializados como una TC o IRM. Sin embargo, para determinados Servicios de laboratorio o radiología y para procedimientos especializados se necesita una Autorización.

Los Miembros del *sur y norte de Colorado* pueden autorremitirse a los Consultorios Médicos del Plan de Kaiser Permanente en el Área de Servicio de **Denver y Boulder** (consulte "Acceso al Mercado Cruzado" en esta sección).

3. Segundas Opiniones

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

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

**C. Centros del Plan**

Los Centros del Plan son Consultorios Médicos del Plan u Hospitales del Plan dentro de nuestra Área de Servicio con los que tenemos contratos para brindar Servicios cubiertos a nuestros Miembros.

### 1. Área de Servicio de *Denver y Boulder*

Ofrecemos atención médica en los Consultorios Médicos del Plan con ubicaciones convenientes en toda el Área de Servicio de *Denver y Boulder*. Generalmente puede recibir todos los Servicios cubiertos que necesite en la mayoría de nuestros Centros del Plan. Esto incluye la atención especializada. Usted no está limitado a usar un Centro del Plan determinado. Le recomendamos usar el Centro del Plan en su Área de Servicio local que sea más conveniente para usted.

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

### 2. Áreas de Servicio del *sur y norte de Colorado*

Cuando elija a su médico de atención primaria, recibirá los Servicios en el consultorio de ese proveedor. Puede encontrar los Médicos del Plan y los centros de atención del *sur y norte de Colorado*, junto con una lista de especialistas afiliados y proveedores auxiliares, en el Directorio de Proveedores de Kaiser Permanente para su Área de Servicio local. Puede obtener una copia del directorio si llama al **Servicio a los Miembros**. También puede obtener una lista en nuestro sitio web. Visite [kp.org/locations](http://kp.org/locations).

## D. **Cómo Recibir la Atención que Necesita**

La atención de emergencia está cubierta las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en cualquier lugar del mundo. **Si considera que tiene una Emergencia que Pone en Riesgo su Vida o una Extremidad, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana.** Para obtener información sobre la cobertura de la atención de emergencia, que incluye los Servicios de Emergencia fuera del Plan y los beneficios de emergencia lejos del hogar, consulte "Servicios de Emergencia" en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".

Si necesita atención de urgencia, puede ir a uno de los Centros del Plan de atención de urgencia designados. Se aplicará el Copago o el Coseguro detallados en la "Lista de beneficios (Quién Paga Qué)" por la atención de urgencia recibida en los Centros del Plan. Para obtener información adicional sobre la atención de urgencia, consulte "Atención de Urgencia" en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".

**No está cubierta** la atención de urgencia recibida en un Centro fuera del Plan dentro de su Área de Servicio. Si recibe atención por problemas médicos menores en Centros fuera del Plan dentro de su Área de Servicio, será responsable del pago por cualquier tratamiento recibido.

Puede haber ocasiones en las que necesite recibir atención de urgencia sin autorización fuera de su Área de Servicio. Consulte "Atención de Urgencia" en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)" para obtener información de cobertura sobre los Servicios de atención de urgencia fuera del Área de Servicio.

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

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

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

## F. **Cambio de Domicilio Fuera del Área de Servicio**

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

## G. **Cómo Usar Su Tarjeta de Identificación del Plan**

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

Su tarjeta de identificación del Plan de Salud se utilizará únicamente para fines de identificación. Para recibir los Servicios cubiertos, debe ser un Miembro activo del Plan de Salud. A las personas que no sean Miembros se les cobrará por cualquier Servicio que les hayamos prestado como no Miembros. Además, se rechazarán las reclamaciones por Servicios de atención de Emergencia o que no sea de emergencia por parte de Proveedores fuera del Plan. Si permite que alguien más use su tarjeta de



Identificación del Plan de Salud, es posible que retengamos su tarjeta y cancelemos su membresía en 30 días a partir de la notificación por escrito que incluirá la razón de la cancelación.

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

## **H. Acceso al Mercado Cruzado**

Los Miembros pueden acceder a ciertos Servicios en los Consultorios Médicos del Plan de Kaiser Permanente Colorado fuera de su Área de Servicio local.

### **1. Miembros de *Denver y Boulder***

Los Miembros de *Denver y Boulder* tienen acceso a ciertos Servicios en los Consultorios Médicos del Plan de Kaiser Permanente designadas en las Áreas de Servicio del *sur* y el *norte de Colorado*. Los Miembros de *Denver y Boulder* no tienen acceso a los Proveedores Afiliados en el *sur* y el *norte de Colorado* a menos que lo autorice el Plan de Salud.

### **2. Miembros del *sur* y *norte de Colorado***

Los Miembros del *sur* y el *norte de Colorado* tienen acceso a ciertos Servicios en cualquier Consultorio Médico del Plan de Kaiser Permanente designado en las Áreas de Servicio de *Denver y Boulder*, y del *sur* y el *norte de Colorado*. Los Miembros del *sur* y el *norte de Colorado* no tienen acceso a los Proveedores Afiliados fuera del Área de Servicio local, a menos que lo autorice el Plan de Salud.

Los Servicios disponibles para los Miembros en los Consultorios Médicos del Plan de Kaiser Permanente fuera de su Área de Servicio local incluyen atención médica primaria, atención especializada, atención de urgencia, farmacia, laboratorio, radiografías y Servicios para la vista y la audición. Estos Servicios podrían no estar disponibles en todos los Consultorios Médicos del Plan de Kaiser Permanente y están sujetos a cambios. Para obtener más información sobre a qué Servicios puede acceder fuera de su Área de Servicio local designada y en qué Consultorios Médicos del Plan de Kaiser Permanente puede recibir los Servicios, llame a **Servicio a los Miembros**.

## **III. BENEFICIOS Y COBERTURA (QUÉ ESTÁ CUBIERTO)**

Los Servicios que se describen en esta sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)" están cubiertos únicamente si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Los Servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico; y
- Un Proveedor del Plan proporciona, receta, recomienda o dirige el Servicio. Esto no aplica donde se notifique específicamente lo contrario en las siguientes secciones de esta EOC: (a) "Servicios de Emergencia proporcionados por Proveedores fuera del Plan (Servicios de Emergencia fuera del Plan)" y "Atención de Urgencia Fuera del Área de Servicio" en "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia"; y (b) "Beneficios Fuera del Área"; y (c) "Beneficio Plus" si lo adquiere su Grupo (consulte la sección "Lista de Beneficios [Quién Paga Qué]" para saber si su Grupo adquirió esta cobertura); y
- Usted recibe los Servicios por parte de Proveedores del Plan dentro de nuestra Área de Servicio. Esto no aplica donde se notifique lo contrario en las siguientes secciones de esta EOC: (a) "Remisiones y Autorizaciones" y "Autorremisiones a Especialidades"; y (b) "Servicios de Emergencia Proporcionados por Proveedores fuera del Plan (Servicios de Emergencia fuera del Plan)" y "Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio" en "Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia"; y (c) "Beneficios Fuera del Área"; y (d) "Visitas a otras Áreas de Servicio del Plan de Salud Regional de Kaiser"; y (e) "Beneficio Plus" si lo adquiere su Grupo (consulte la sección "Lista de Beneficios [Quién Paga Qué]" para saber si su Grupo adquirió esta cobertura); y
- El proveedor recibió la Autorización previa para los Servicios, como corresponde; y
- Usted reunió cualquier requisito de Deducibles descrito en la "Lista de Beneficios (Qué está cubierto)".

Las exclusiones y las limitaciones que solo corresponden a un beneficio en particular se describen en esta sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)". Las exclusiones, limitaciones y reducciones que aplican a todos los beneficios se describen en la sección "Limitaciones y Exclusiones (Qué no está Cubierto)".

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

## **A. Servicios en el Consultorio**

### **Servicios en el Consultorio para Atención Preventiva, Diagnóstico y Tratamiento**

Nosotros cubrimos, conforme a esta sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)" y sujetos a todas las limitaciones, exclusiones o excepciones específicas tal como figuran en toda esta EOC, los siguientes Servicios de consultorio para atención

preventiva, diagnóstico y tratamiento, que incluyen los Servicios médicos profesionales de médicos y otros profesionales de la salud en el consultorio del médico, durante las consultas médicas, en un Centro de Enfermería Especializada o en su hogar:

1. Consultas de atención primaria: servicios de medicina familiar, medicina interna y pediatría.
2. Consultas de atención especializada: servicios de proveedores que no son de atención primaria, según se define anteriormente.
3. Consultas de rutina prenatales y de posparto: El beneficio prenatal de rutina cubre las pruebas realizadas en el consultorio, los análisis químicos de orina de rutina y las pruebas de esfuerzo fetal que se lleven a cabo durante la visita al consultorio. Consulte la sección correspondiente de su "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)" para conocer el Copago o el Coseguro de todos los otros Servicios que se reciban durante una consulta prenatal.
4. Consultas con farmacéuticos clínicos (solo para los Miembros de *Denver y Boulder*).
5. Otros Servicios cubiertos recibidos durante una visita al consultorio o una consulta para un procedimiento programado.
6. Consultas clínicas en el hospital para pacientes ambulatorios con una autorización del Plan de Salud.
7. Sangre, productos derivados de la sangre y su administración.
8. Segunda opinión.
9. Consultas a domicilio cuando la atención puede proporcionarse de mejor manera en el hogar según lo determine un Médico del Plan.
10. Servicios médico-sociales.
11. Servicios de atención preventiva (consulte "Servicios de Atención Preventiva" en esta sección de "Beneficios y Cobertura [Qué está Cubierto]" para obtener más detalles).
12. Revisión e interpretación profesional de la información del paciente desde un dispositivo de monitoreo remoto.
13. Servicios de atención virtual.
14. Medicamentos administrados en el consultorio.

**Nota:** Si lo que se menciona a continuación se administra en un Consultorio Médico del Plan o durante una consulta en el hogar y se necesita la administración u observación del personal médico, está cubierto con el Copago o Coseguro correspondientes a los medicamentos administrados en el consultorio que se indica en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Este Copago o Coseguro puede ser adicional a su Copago o Coseguro de los Servicios en el Consultorio.

Medicamentos y sustancias inyectables; materiales radioactivos usados con propósitos terapéuticos; vacunas aprobadas para su uso por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos; y pruebas de alergia y materiales de tratamiento.

**Nota:** Para determinar si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, debe cumplir con los criterios del Grupo Médico para ser elegible para recibir la cobertura.

## B. Servicios Quirúrgicos y Hospitalarios para Pacientes Ambulatorios

### Servicios para Pacientes Ambulatorios en los Centros de Atención Designados

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

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

**Nota:** Para determinar si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, debe cumplir con los criterios del Grupo Médico para ser elegible para recibir la cobertura.

## C. Atención para Pacientes Hospitalizados

### 1. Servicios para Pacientes Hospitalizados en un Hospital del Plan

Cubrimos, solamente como se describe en esta sección de "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)" y sujetos a todas las limitaciones, exclusiones o excepciones específicas tal como se mencionan en toda esta EOC, los siguientes Servicios para pacientes hospitalizados en un Hospital del Plan, cuando los Servicios los proporcionan general y habitualmente los hospitales generales de cuidados agudos en nuestras Áreas de Servicio:

- a. Habitación y alimentación, como habitaciones semiprivadas o, cuando es Necesario desde el Punto de Vista Médico, habitaciones privadas o atención de enfermería privada.
- b. Cuidados intensivos y Servicios hospitalarios relacionados.

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

**Nota:** Para determinar si su Grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Si su grupo tiene el beneficio de la cirugía bariátrica, debe cumplir con los criterios del Grupo Médico para ser elegible para recibir la cobertura.

## 2. Exclusiones en la Atención para Pacientes Hospitalizados

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

## D. Servicios de Ambulancia y Otros Medios de Transporte

### 1. Cobertura

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

### 2. Exclusiones de los Servicios de Ambulancia

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

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

## E. Ensayos Clínicos

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

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

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

- a. Hubiésemos cubierto los Servicios si no estuvieran relacionados con un ensayo clínico.
- b. Reúne los requisitos para participar en el ensayo clínico, de acuerdo con el protocolo del ensayo, con respecto al tratamiento del cáncer u otra afección que pone en riesgo la vida (una afección con la que es probable que se produzca la muerte salvo que se interrumpa la evolución de dicha afección), según se determine de una de las siguientes formas:
  - i. Un Proveedor del Plan lo determine.
  - ii. Usted nos proporciona información médica y científica que lo determina.
- c. Si un Proveedor del Plan participa en el ensayo clínico y lo acepta como participante en el ensayo clínico, usted debe participar por medio de un Proveedor del Plan a menos que el ensayo clínico se realice fuera del estado donde vive.

- d. El ensayo clínico es de fase I, fase II, fase III o fase IV y se relaciona con la prevención, la detección o el tratamiento del cáncer u otra afección potencialmente mortal y cumple con uno de los siguientes requisitos:
  - i. El estudio o la investigación se lleva a cabo en virtud de una solicitud de un nuevo medicamento en investigación revisada por la Administración de Alimentos y Medicamentos de EE. UU.
  - ii. El estudio o la investigación es un estudio farmacológico que está exento de la solicitud de nuevo medicamento en fase de investigación.
  - iii. Al menos uno de los siguientes, aprueba o financia el estudio o la investigación:
    - (a) Los Institutos Nacionales de Salud.
    - (b) Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades.
    - (c) La Agencia de Calidad e Investigación de la Atención Médica.
    - (d) Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid.
    - (e) Un grupo o centro colaborador de cualquiera de las entidades anteriores o el Departamento de Defensa o el Departamento de Asuntos de Veteranos.
    - (f) Una entidad de investigación no gubernamental calificada que esté identificada en las pautas emitidas por los Institutos Nacionales de Salud para subvenciones de apoyo de centros.
    - (g) El Departamento de Asuntos de Veteranos, el Departamento de Defensa o el Departamento de Energía, pero solo si el estudio o la investigación fueron revisados y aprobados por medio de un sistema de revisión por pares que, según las determinaciones del Secretario de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., cumpla todos los siguientes requisitos:
      - (i) Sea comparable con el sistema de revisión por pares de los estudios e investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud.
      - (ii) Garantice una revisión imparcial de las normas científicas más rigurosas, realizada por personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión.

Por los Servicios cubiertos relacionados con un ensayo clínico, usted abonará los Copagos, Coseguros o Deducibles correspondientes que pagaría si los Servicios no estuvieran relacionados con un ensayo clínico y que se indican en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Por ejemplo, consulte la sección "Atención para Pacientes Hospitalizados" de la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)" para ver los Copagos, Coseguros y Deducibles correspondientes a la atención para pacientes hospitalizados.

## 2. Exclusiones de los Ensayos Clínicos

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

## F. Atención para Diálisis

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

1. Los Servicios se proporcionan dentro de nuestra Área de Servicio; y
2. Usted cumple con todos los criterios médicos establecidos por el Grupo Médico y por el centro de atención donde se realiza la diálisis; y
3. El centro de atención está certificado por Medicare y tiene un contrato con el Plan de Salud, y
4. Un Médico del Plan hace la remisión por escrito para que lo atiendan en el centro de atención.

Una vez que el Miembro obtiene una remisión para recibir tratamiento en un centro de diálisis, cubrimos el equipo, la capacitación y los suministros médicos que se necesiten para llevar a cabo la diálisis en el hogar.

## G. Equipo Médico Duradero (DME), Prostética y Ortopedia

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

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

**Limitaciones:** la cobertura se limita al artículo estándar de DME, aparato protésico o aparato ortopédico que satisfaga sus necesidades médicas adecuadamente.

1. Equipo Médico Duradero (DME)a. Cobertura

El Equipo Médico Duradero, con excepción de lo siguiente, **no** está cubierto a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional correspondiente, que incluye los aparatos protésicos y ortopédicos. Consulte "Disposiciones Adicionales".

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

b. Exclusiones del Equipo Médico Duradero

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

2. Aparatos Protésicosa. Cobertura

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

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

Es posible que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para aparatos protésicos. Consulte "Disposiciones Adicionales".

b. Exclusiones en los Aparatos Protésicos

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

3. Aparatos Ortopédicos

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

**H. Servicios de Intervención en la Primera Infancia**1. Cobertura

Los niños que cuentan con cobertura, desde el nacimiento hasta los tres (3) años, que tienen retrasos significativos en el desarrollo o tienen una afección física o mental diagnosticada con una alta probabilidad de provocar retrasos significativos en el desarrollo según los define la ley estatal, tienen cobertura por el número de consultas de los Servicios de Intervención Temprana (Early Intervention Services, EIS) que exige la ley estatal. Los EIS no están sujetos a ningún Copago, Coseguro, Gasto Máximo de Bolsillo anual ni Cantidad Máxima de Cobertura Vitalicia.

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

2. Limitaciones

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

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

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

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

## I. Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

1. Servicios de Emergencia

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

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

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

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

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

**Consulte "ii. Limitación de los Servicios de Emergencia para Proveedores fuera del Plan" si está hospitalizado por Servicios de Emergencia.**

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

A. Fuera del Área de Servicio. Si sufre alguna lesión o enfermedad de forma imprevista mientras está fuera del Área de Servicio, cubriremos los Servicios de Emergencia fuera del plan que no puedan postergarse de forma razonable hasta que usted llegue a un Hospital del Plan, un hospital al que hemos contratado para brindar Servicios de Emergencia o un Centro del Plan. Cubriremos estos Servicios solo si una persona prudente no profesional que tiene conocimientos promedio sobre servicios de salud y medicina y actúa de forma razonable podría pensar que se trata de un Problema Médico de Emergencia o una Emergencia que Pone en Peligro la Vida o Alguna Extremidad. Los servicios cubiertos incluyen los Servicios de Emergencia fuera del Plan Necesarios desde el Punto de Vista Médico para problemas que aparecen de manera inesperada, que incluyen, entre otros, infartos de miocardio, apendicitis o parto prematuro.

B. Dentro de nuestra Área de Servicio. Si está dentro del Área de Servicio, cubriremos los Servicios de Emergencia fuera del plan únicamente si una persona prudente no profesional podría pensar de forma razonable que postergar la atención en un Hospital del Plan, un hospital al que hemos contratado para brindar Servicios de Emergencia, o un Centro del Plan provocaría la muerte o un grave deterioro de la salud.

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

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

Decidiremos si hacemos los arreglos para continuar la atención necesaria donde se encuentre o si lo trasladamos a un Centro del Plan que nosotros designemos una vez que se Estabilice. Si lo admiten en un Hospital o un Centro

fuera del Plan o en un hospital al que hemos contratado para brindar Servicios de Emergencia, es posible que lo traslademos a un Hospital o un Centro del Plan. Al notificarnos de inmediato su hospitalización, se protegerá de posibles responsabilidades por el pago de los Servicios que reciba una vez que puedan trasladarlo a uno de nuestros Centros del Plan.

b. Limitaciones en los Servicios de Emergencia

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

c. Pago

Nuestro pago se reduce a lo siguiente:

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

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

**Nota:** El Equipo Médico Duradero y los aparatos protésicos y ortopédicos Necesarios desde el Punto de Vista Médico, posteriores a la estabilización, se cubrirán si el Plan de Salud los autoriza y se prestan en el marco de un episodio de atención de emergencia.

2. Atención de Urgencia

a. Atención de Urgencia Proporcionada por los Proveedores del Plan

i. Área de Servicio de *Denver y Boulder*

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

La atención de urgencia que no puede esperar hasta una visita programada con su PCP o especialista, se puede recibir en uno de nuestros Centros del Plan de atención de urgencia designados. En algunos casos, es posible que reciba atención en su casa. Para obtener información sobre el Copago y el Coseguro, consulte la sección "Servicios de Atención de Urgencia" en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Para obtener información acerca de los Centros del Plan de atención de urgencia, llame al **Servicio a los Miembros** durante el horario de atención habitual. También puede visitar nuestro sitio web, [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol), para obtener información sobre los centros de atención de urgencia designados.

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

ii. Áreas de Servicio del *sur y norte de Colorado*

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

La atención de urgencia que no puede esperar hasta una visita programada con su PCP o especialista, se puede recibir en uno de nuestros Centros del Plan de atención de urgencia designados. En algunos casos, es posible que reciba atención en su casa. Para obtener información sobre el Copago y el Coseguro, consulte la sección "Servicios de Atención de Urgencia" en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Para obtener información acerca de los Centros del Plan de atención de urgencia, llame al **Servicio a los Miembros** durante el horario de atención

habitual. También puede visitar nuestro sitio web, [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol), para obtener información sobre los centros de atención de urgencia designados.

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

b. Atención de Urgencia Fuera del Área de Servicio

Puede haber situaciones en las que sea necesario que reciba atención de urgencia sin autorización fuera de su Área de Servicio. La Atención de Urgencia recibida por parte de Proveedores fuera del Plan fuera de su Área de Servicio solo está cubierta si se cumple con todos los siguientes requisitos:

- i. La atención se requiere para evitar un deterioro grave de la salud; y
- ii. La necesidad de la atención es resultado de una enfermedad o lesión no esperada cuando se encuentra temporalmente fuera de nuestra Área de Servicio, y
- iii. La atención no se puede retrasar hasta que vuelva al Área de Servicio.

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

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

## J. Servicios de Esterilización y Planificación Familiar

### 1. Cobertura

- a. Asesoramiento sobre planificación familiar. Incluidos el asesoramiento y la información sobre los métodos anticonceptivos.
- b. Ligadura de trompas.
- c. Vasectomías.

**Nota:** Los siguientes servicios están cubiertos, pero no en esta sección: procedimientos de diagnóstico, consulte "Radiografías, Pruebas de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías"; medicamentos y dispositivos anticonceptivos, consulte la sección "Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos".

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

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

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

## K. Servicios de Educación para la Salud

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

## L. Servicios para la Audición

### 1. Miembros de hasta 18 años

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

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



2. Miembros de 18 Años en Adelante
  - a. Cobertura  
Cubrimos las pruebas y los exámenes de audición para determinar si es necesaria una corrección auditiva. Es posible que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional para aparatos de audición. Consulte "Disposiciones Adicionales".
  - b. Exclusiones en los Servicios para la Audición
    - i. Pruebas para determinar el modelo adecuado de aparato auditivo, a menos que su Grupo haya adquirido esa cobertura.
    - ii. Aparatos auditivos y pruebas para determinar su utilidad, a menos que su Grupo haya adquirido esa cobertura.

## M. Atención Médica a Domicilio

1. Cobertura  
Cubrimos los Servicios de atención de enfermería especializada, auxiliares de salud domiciliaria, terapia de infusiones en el hogar, fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla, y los Servicios médico-sociales:
  - a. Solo si son de medio tiempo o intermitentes; y
  - b. Solo dentro de nuestra Área de Servicio; y
  - c. Solo a un Miembro elegible cuando los ordene un Médico del Plan y los administre un Proveedor del Plan o el propio paciente. La atención debe proporcionarse conforme a un plan de atención médica a domicilio establecido por el Médico del Plan y el Proveedor del Plan aprobado; y
  - d. Solo si un Médico del Plan determina que es posible supervisar y controlar de manera eficaz la atención en el hogar.

La Atención de Medio Tiempo o Intermitente se refiere a Servicios de enfermería especializada y de ayuda para la salud domiciliaria de medio tiempo o intermitente.

**Nota:** Los Servicios que se brinden en el hogar, pero que no cumplan con los requisitos de Atención Médica a Domicilio mencionados anteriormente se cubrirán con el Copago o Coseguro correspondiente y con las limitaciones del Servicio (es decir, la atención de urgencia, la fisioterapia, la terapia ocupacional o la terapia del habla). Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

**Nota:** Las radiografías, las pruebas de laboratorio y los procedimientos especiales de radiografías no están cubiertos conforme a esta sección. Consulte "Radiografías, Pruebas de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías".

2. Exclusiones en la Atención Médica a Domicilio
  - a. Atención de custodia.
  - b. Servicios de Ama de Casa.
  - c. La atención que el Grupo Médico determine que se pueda proporcionar de manera adecuada en un Centro del Plan o en un Centro de Enfermería Especializada si nos ofrecemos a proporcionar esa atención en uno de estos centros de atención.

## N. Cuidados Paliativos y Servicios Especiales de Cuidados Paliativos

1. Servicios Especiales de Cuidados Paliativos  
Si le diagnosticaron una enfermedad que limita la vida con una expectativa de vida de 24 meses o menos, pero aún no está listo para elegir los cuidados paliativos, es elegible para el Special Services Program ("Programa"). La cobertura de cuidados paliativos se describe a continuación.

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

La diferencia entre los Servicios Especiales de Cuidados Paliativos y las visitas normales de una enfermera para la Atención Médica a Domicilio es que: usted puede o no estar confinado en casa o tener o no necesidades de atención de enfermería especializada; o es posible que solo necesite atención espiritual o emocional. Los Servicios disponibles por medio de este programa los proporcionan profesionales con capacitación específica en asuntos relacionados con los últimos días de vida.

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

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

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

- a. Atención de un médico

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

## O. Servicios de Salud Mental

### 1. Cobertura

Cubrimos los Servicios de salud mental como se indica a continuación. La cobertura incluye la evaluación y los Servicios para afecciones que, a juicio del Médico del Plan, podrían responder al manejo terapéutico. La salud mental incluye, entre otros, enfermedades o trastornos con bases biológicas.

#### a. Terapia para Pacientes Ambulatorios

Cubrimos la evaluación de diagnóstico, la terapia individual, la terapia intensiva para pacientes ambulatorios, el tratamiento psiquiátrico, la intervención en casos de crisis, la estabilización en episodios agudos y la asistencia psiquiátrica para niños y adolescentes.

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

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

#### b. Servicios para Pacientes Hospitalizados

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

#### c. Hospitalización Parcial

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

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

### 2. Exclusiones en los Servicios de Salud Mental

- a. Evaluaciones para fines diferentes al tratamiento de salud mental. Se incluyen las evaluaciones para la custodia de menores y las evaluaciones de discapacidad o de buen estado físico para las labores o para regresar a trabajar, a menos que sean Necesarias desde el Punto de Vista Médico.
- b. Pruebas por orden judicial y pruebas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés.
- c. Servicios de carácter residencial o relativo a la custodia.

## P. Beneficios Fuera del Área

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

### 1. Cobertura

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

- a. Pruebas en el consultorio limitadas a lo siguiente:
  - i. Consultas de atención médica primaria
  - ii. Consultas de atención médica especializada
  - iii. Consultas de atención preventiva

- iv. Consultas de atención ginecológica
  - v. Prueba de audición
  - vi. Consultas de salud mental
  - vii. Consultas de trastorno por abuso de sustancias
  - viii. Administración de inyecciones para alergias
  - ix. Vacunas preventivas conforme al programa del Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)
- b. Radiografías de diagnóstico.
  - c. Consultas de fisioterapia, terapia ocupacional y del habla.
  - d. Surtidos de medicamentos recetados.

Para obtener más información, consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

## 2. Exclusiones y Limitaciones en los Beneficios Fuera del Área

Los Beneficios Fuera del Área no incluyen los siguientes Servicios:

- a. Otros Servicios proporcionados durante una visita con cobertura al consultorio, como los siguientes: procedimientos, pruebas de laboratorio y medicamentos, y dispositivos administrados en el consultorio, excepto las inyecciones contra alergias y las vacunas preventivas que se indican en la sección "Cobertura" de este beneficio.
- b. Servicios recibidos fuera de los Estados Unidos.
- c. Servicios de Trasplante.
- d. Servicios cubiertos fuera del Área de Servicio conforme a otra sección de la EOC (por ejemplo, Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia).
- e. Prueba de alergias, consultas prenatales y posparto de rutina, atención quiropráctica, servicios de acupuntura, análisis de comportamiento aplicado (Applied Behavior Analysis, ABA), pruebas de audición, audífonos, visitas de salud a domicilio, servicios de cuidados paliativos y vacunas para viajeros.
- f. Procedimientos especiales de radiografías que incluyen, entre otros, TC, tomografía por emisión de positrones (Positron Emission Tomography, PET), IRM y medicina nuclear.
- g. Todos los Servicios que no se mencionen en la sección "Cobertura" de este beneficio.

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

### 1. Cobertura

- a. Atención del Paciente Hospitalizado, Atención en un Centro de Enfermería Especializada y Atención Médica a Domicilio  
Cubrimos la fisioterapia, la terapia ocupacional y del habla como parte de los beneficios de Atención del Paciente Hospitalizado, de los Centros de Enfermería Especializada y de Atención Médica a Domicilio. Los tratamientos que se brinden en el hogar, pero que no cumplan con los requisitos de Atención Médica a Domicilio que se detallan arriba se cubrirán con el Copago o Coseguro correspondiente y con las limitaciones del tratamiento (es decir, la fisioterapia, la terapia ocupacional o la terapia del habla). Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".
- b. Atención a Pacientes Ambulatorios  
Cubrimos tres (3) tipos de terapia para pacientes ambulatorios (la fisioterapia, la terapia ocupacional y la terapia del habla) en un Centro del Plan o en otro lugar aprobado por el Plan de Salud, para mejorar o desarrollar habilidades o el funcionamiento debido a déficits médicos, enfermedades o lesiones. Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".
- c. Servicios de Rehabilitación Multidisciplinaria  
Cubriremos el tratamiento en un programa organizado de Servicios de rehabilitación multidisciplinaria que se ofrezca en un centro de atención designado o en un Centro de Enfermería Especializada. También cubrimos Servicios de rehabilitación multidisciplinaria sin Cargo mientras esté hospitalizado en un centro de atención designado. Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".
- d. Rehabilitación Pulmonar  
Se proporciona tratamiento en un programa de rehabilitación pulmonar cuando lo indica o recomienda un Médico del Plan y lo proporcionan terapeutas en los centros de atención designados.
- e. Terapias por Defectos Congénitos y Anomalías de Nacimiento  
Después de los primeros 31 días de vida, se aplican las limitaciones y exclusiones correspondientes de esta EOC, salvo que se deba proporcionar fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla Necesarias desde el Punto de Vista Médico para la atención y el tratamiento de defectos congénitos y anomalías de nacimiento para niños con cobertura entre los tres (3) y seis (6) años de edad. El nivel de beneficios será el mayor de la cantidad de consultas proporcionadas conforme a este plan de beneficios de salud o 20 consultas de terapia por Periodo de Acumulación por cada fisioterapia, terapia ocupacional y del habla. Dichas consultas se distribuirán según sea Necesario desde el Punto de Vista Médico

a lo largo del Periodo de Acumulación, sin importar si la afección es aguda o crónica y sin importar si el propósito de la terapia es mantener o mejorar la capacidad funcional. Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

**Nota 1:** Este beneficio también está disponible para los niños elegibles menores de tres (3) años de edad que no participen en los Servicios de Intervención Temprana.

**Nota 2:** El límite de consultas para la terapia para tratar los defectos congénitos y las anomalías de nacimiento no aplica si dicha terapia es Necesaria desde el Punto de Vista Médico para tratar los trastornos del espectro autista.

f. Terapias para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista

Cubrimos lo siguiente para el tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista siempre y cuando un Médico del Plan indique que es Necesario desde el Punto de Vista Médico:

- i. Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla para pacientes ambulatorios en un Consultorio Médico del Plan o en otro lugar aprobado por el Plan de Salud. Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".
- ii. Análisis del comportamiento aplicado, incluidas las consultas, la atención directa, la supervisión o el tratamiento o cualquier combinación de ellos proporcionados por proveedores de servicios para personas con autismo. Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

2. Limitaciones

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

3. Exclusiones en los Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Habla y Rehabilitación Multidisciplinaria

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

## R. Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos

Usamos listas de medicamentos recetados disponibles. Una lista de medicamentos recetados disponibles incluye la lista de medicamentos recetados que cuentan con la aprobación de nuestros comités encargados de la realización de dicha lista para nuestros Miembros. Nuestros comités están formados por Médicos del Plan, farmacéuticos y un enfermero con práctica médica. Los comités seleccionan los medicamentos recetados para nuestra lista de medicamentos recetados disponibles con base en una serie de factores, como la seguridad y la eficacia, según se determina mediante la revisión de las publicaciones e investigaciones médicas. Los comités se reúnen regularmente para considerar añadir o quitar medicamentos recetados de las listas de medicamentos recetados disponibles. Si desea recibir información acerca de si algún medicamento en particular está incluido en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles, llame a **Servicio a los Miembros**.

Si en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)" se indica que el medicamento recetado tiene un Copago y este excede el Cargo del medicamento, usted pagará el Cargo del medicamento, no el Copago. La lista de medicamentos recetados disponibles que se mencionó anteriormente también aplica.

1. Cobertura

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

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

Si su Grupo adquirió cobertura suplementaria de medicamentos recetados, se aplicarán el Copago, el Coseguro o cualquier Deducible de farmacia correspondientes a los medicamentos genéricos o de marca. Para obtener más información, consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

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

- i. Cubrimos lo siguiente:
  - (a) Anticonceptivos recetados para los siguientes periodos:
    - (i) los tres meses posteriores a la primera vez que se dispense el anticonceptivo recetado a la persona con cobertura; y
    - (ii) un periodo de doce meses o hasta que finalice la cobertura de la persona conforme a la póliza, el contrato o el plan, lo que sea más breve, para todas las veces posteriores que se dispense el mismo anticonceptivo recetado a la persona con cobertura, independientemente de si la persona con cobertura estaba inscrita en la póliza, el contrato o el plan cuando el anticonceptivo recetado se dispensó por primera vez; o
  - (b) Un anillo vaginal anticonceptivo recetado por un periodo de tres meses.

Para obtener información sobre el Copago o el Coseguro relacionado con los medicamentos y ciertos dispositivos anticonceptivos, consulte su "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

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

b. Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios

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

i. Envío de Medicamentos Recetados por Correo

Si lo solicita, el resurtido de los medicamentos de mantenimiento se enviará por correo por medio del servicio de envío de medicamentos recetados de Kaiser Permanente por Correo de Primera Clase de EE. UU. sin costo por franqueo ni manejo. El resurtido de los medicamentos de mantenimiento recetados por los Médicos del Plan o los Médicos Afiliados se puede obtener para los días de suministro mediante el pedido por correo, por el Copago o Coseguro correspondientes. El Plan de Salud determina cuáles son los medicamentos de mantenimiento. Es posible que algunos medicamentos y suministros no estén disponibles a través de nuestro servicio de pedido por correo, por ejemplo, los medicamentos que requieren una manipulación especial o refrigeración, los que tienen una alta probabilidad de que se desperdicien o de que se les dé un uso inapropiado o los que tienen un costo alto. Los medicamentos y suministros disponibles a través de nuestro servicio de pedido por correo para el surtido de recetas están sujetos a cambios en cualquier momento y sin previo aviso. Para obtener información sobre nuestro servicio de pedido por correo de medicamentos recetados y de los medicamentos especializados que no están disponibles para pedidos por correo, llame a **Servicio a los Miembros**.

ii. Medicamentos Especializados

Los medicamentos especializados recetados, incluidos los medicamentos inyectables autoadministrados, se proporcionan con el Copago o Coseguro de medicamentos especializados por hasta la cantidad máxima por medicamento suministrado que se muestra en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

c. Suplementos Alimenticios

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

d. Suministros y Accesorios Recetados

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

- i. Suministros de monitoreo de glucosa en el hogar
- ii. Jeringas desechables para la administración de insulina
- iii. Tiras reactivas de glucosa
- iv. Tabletas para la prueba de cetonas y tiras reactivas para la detección de nitratos de uso en el hogar para pacientes pediátricos

Para obtener más información, consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Si su Grupo adquirió la cobertura adicional para medicamentos recetados, consulte "Disposiciones Adicionales".

2. Limitaciones

- a. Las vacunas para adultos y niños se limitan a aquellas que no son experimentales, que son indicadas por el médico y que coinciden con la práctica médica aceptada.
- b. Es posible que algunos medicamentos requieran autorización previa.

- c. Si corresponde, es posible que apliquemos una Terapia Escalonada para determinados medicamentos. Usted o el Proveedor del Plan pueden solicitar una excepción si usted probó un medicamento anteriormente y tuvo que suspenderlo por falta de eficacia o efectividad, una disminución del efecto o un acontecimiento adverso.
  - d. Las determinaciones de cobertura para el uso no indicado de medicamentos respetarán los compendios de Medicare, y las determinaciones de cobertura para el uso no indicado de agentes oncológicos respetarán la Ley de Mejoras de Medicare para Pacientes y Proveedores (Medicare Improvements for Patients and Providers Act, MIPPA) de 2008.
3. Exclusiones en Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos
- a. Los medicamentos que, de conformidad con la ley, no requieren receta médica.
  - b. Suministros desechables para uso en el hogar como vendajes, gasa, cinta, antisépticos, vendas y vendajes elásticos.
  - c. Medicamentos o inyecciones para el tratamiento de disfunción sexual, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional que se describe en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".
  - d. Cualquier empaque que no sea el empaque estándar de la farmacia que los surte.
  - e. Reemplazos de medicamentos recetados por cualquier razón. Esto incluye medicamentos recetados derramados, perdidos, dañados o robados.
  - f. Medicamentos o inyecciones para el tratamiento de la infertilidad, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional que se describe en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)" y en las "Disposiciones Adicionales".
  - g. Medicamentos para acortar la duración del resfriado común.
  - h. Medicamentos para mejorar el rendimiento deportivo.
  - i. Medicamentos para el tratamiento de control del peso.
  - j. Medicamentos disponibles sin receta y con receta con la misma concentración.
  - k. Medicamentos individuales que el Comité de Farmacia y Terapéutica haya excluido.
  - l. A menos que el Plan de Salud los apruebe, los medicamentos que no apruebe la FDA.
  - m. Medicamentos no preferidos, a excepción de los medicamentos recetados y autorizados por medio del proceso de medicamentos no preferidos.
  - n. Medicamentos recetados necesarios para los Servicios que no se incluyen en esta EOC.
  - o. Medicamentos administrados durante una visita al consultorio médico. Consulte la sección "Servicios en el Consultorio".
  - p. Alimentos indicados por el médico y dispositivos médicos. Consulte la sección "Equipo Médico Duradero (DME) y Prostética y Ortopedia".

## S. Servicios de Atención Preventiva

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

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

1. Protección contra enfermedades;
2. Promoción de la salud; o
3. Detección de enfermedades en sus etapas más tempranas antes de que se desarrollen síntomas evidentes.

Si recibe cualquier otro Servicio cubierto durante una consulta de atención preventiva, es posible que usted pague el Copago y Coseguro aplicable para esos Servicios.

## T. Cirugía Reconstructiva

### 1. Cobertura

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

### 2. Exclusiones en Cirugía Reconstructiva

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

## U. Servicios de apoyo para la salud reproductiva

Los Servicios de Apoyo para la Salud Reproductiva no están cubiertos, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional suplementaria.

**Nota:** Para determinar si su Grupo tiene el beneficio para los Servicios de Apoyo para la Salud Reproductiva, consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

## V. Atención en un Centro de Enfermería Especializada

### 1. Cobertura

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

- Habitación y alimentación.
- Atención de enfermería.
- Servicios médico-sociales.
- Suministros médicos y biológicos.
- Sangre, productos derivados de la sangre y su administración.

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

**Nota:** Lo siguiente se cubre, pero no en esta sección: medicamentos, consulte "Medicamentos Recetados, Suministros y Suplementos"; DME y Prostética y Ortopedia, consulte "Equipo Médico Duradero, Prostética y Ortopedia"; radiografías, pruebas de laboratorio y procedimientos especiales de radiografías, consulte "Radiografías, Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías".

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

Atención de Custodia, como se define en "Exclusiones" en la sección de "Limitaciones y Exclusiones (Qué no está Cubierto)".

## W. Servicios para Tratar Trastornos por Abuso de Sustancias

### 1. Servicios Médicos y Hospitalarios para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos los Servicios relacionados con el control médico de los síntomas de la abstinencia. Los Servicios médicos para la desintoxicación por alcohol y drogas se cubren de la misma manera que para otras afecciones médicas. La desintoxicación es el proceso de eliminar las sustancias tóxicas del cuerpo.

### 2. Rehabilitación en un Centro Residencial

La determinación de la necesidad de los servicios del programa de rehabilitación en un centro residencial y la remisión a dicho centro de atención o programa están a cargo de un Médico del Plan o bajo su supervisión.

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

### 3. Servicios para Pacientes Ambulatorios

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

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

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

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

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

## X. Servicios para Personas Transgénero

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

## Y. Servicios de Trasplante

### 1. Cobertura

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

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

### 2. Medicamentos Recetados Relacionados

Los medicamentos inmunosupresores posquirúrgicos para pacientes ambulatorios que son necesarios después de un trasplante, se proporcionan con el Copago o Coseguro de medicamentos recetados para pacientes ambulatorios y están sujetos a cualquier Deducible de farmacia que se establece en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

### 3. Términos y Condiciones

- a. El Plan de Salud, el Grupo Médico y los Médicos del Plan no se comprometen: a proporcionar un donante o un órgano, médula ósea o córnea de un donante; ni a garantizar la disponibilidad de un donante o de un órgano, médula ósea o córnea de un donante; ni a garantizar la disponibilidad o capacidad de los centros de trasplantes por remisión aprobados por el Grupo Médico. De acuerdo con nuestras pautas para donantes de trasplantes vivos, proporcionamos ciertos servicios relacionados con la donación para el donante o la persona que el Grupo Médico o un Médico del Plan identifique como un posible donante, aunque no sea Miembro. Estos Servicios deben estar directamente relacionados con un trasplante cubierto para usted. Para obtener información específica sobre su situación, llame a su Coordinador de Trasplante asignado o a las **Oficinas Administrativas de Trasplantes**.
- b. Los Médicos del Plan deben determinar si el Miembro cumple los criterios médicos del Grupo Médico antes de que reciba los Servicios.
- c. Un Médico del Plan debe hacer la remisión por escrito para que lo atiendan en un centro de trasplantes. El centro de trasplantes debe estar en la lista de centros autorizados que seleccionó el Grupo Médico. La remisión puede ser a un centro de trasplantes fuera de nuestra Área de Servicio. Los trasplantes están cubiertos solamente en el centro en el que el Grupo Médico determine que se debe realizar el trasplante en particular, incluso si otro centro que se encuentre dentro del Área de Servicio también puede realizar el trasplante.
- d. Después de la remisión, si un Médico del Plan o el personal médico del centro de remisión determinan que el Miembro no cumple con los criterios correspondientes del Servicio, la única obligación del Plan de Salud es pagar los Servicios cubiertos proporcionados antes de dicha determinación.

### 4. Exclusiones y Limitaciones en los Servicios de Trasplantes

- a. Se excluyen los trasplantes de médula ósea relacionados con quimioterapia en dosis altas debido a tumores de tejido sólido (excepto los trasplantes de médula ósea cubiertos conforme a esta EOC).
- b. Se excluyen los órganos no humanos y artificiales, y su implantación.
- c. Los trasplantes solo de páncreas están limitados a los pacientes sin problemas renales que cumplan con los criterios establecidos.
- d. Se excluyen los gastos de viaje y hospedaje, excepto en algunas situaciones en las que el Grupo Médico o un Médico del Plan lo remita a un Proveedor fuera del Plan y de nuestra Área de Servicio para recibir los servicios de trasplante tal como se describe en "Acceso a Otros Proveedores", en la sección "Cómo Acceder a Sus Servicios y Obtener la Aprobación de los Beneficios". En esos casos, es posible que paguemos ciertos gastos con autorización previa, según nuestras pautas de viaje y alojamiento. Para obtener información específica sobre su situación, llame a su Coordinador de Trasplante asignado o a las **Oficinas Administrativas de Trasplantes**.

## Z. Servicios para la Vista

### 1. Cobertura

Cubrimos exámenes de los ojos de rutina y que no son de rutina. Se cubren las pruebas de refracción para determinar la necesidad de corrección de la vista y para proporcionar una receta médica para anteojos a menos que esto se encuentre específicamente excluido en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)". Además, cubrimos exámenes profesionales y la adaptación de lentes de contacto Necesarios desde el Punto de Vista Médico cuando un Médico o un Optometrista del Plan los recete para una afección médica específica.



Los Servicios profesionales para realizar los exámenes y la adaptación de lentes de contacto que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico se proporcionan con un Costo adicional cuando los obtiene en un Consultorio Médico del Plan de Salud.

2. Exclusiones en los Servicios para la Vista
  - a. Lentes y armazones de anteojos.
  - b. Lentes de contacto.
  - c. Exámenes profesionales para adaptar y administrar lentes de contacto, excepto cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico, según se describió anteriormente.
  - d. Todos los Servicios relacionados con la cirugía de ojos para corregir defectos refractivos como la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo (por ejemplo, la queratotomía radial, la queratotomía fotorrefractiva y procedimientos similares).
  - e. Terapia óptica (entrenamiento del ojo) o terapia para la visión disminuida.

Es posible que su Grupo haya adquirido la cobertura óptica adicional. Consulte "Disposiciones Adicionales".

## AA. Radiografías, Pruebas de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías

1. Cobertura
  - a. Pacientes Ambulatorios  
Cubrimos los siguientes Servicios:
    - i. Radiografías de diagnóstico, Servicios y materiales, entre los que se incluyen los isótopos, las mamografías y las ecografías.
    - ii. Pruebas de laboratorio, servicios y materiales, incluidos, entre otros, los electrocardiogramas.  
**Nota:** Usamos una lista de medicamentos recetados disponibles de laboratorio. Es una lista de pruebas, servicios y otros materiales de laboratorio que el Plan de Salud aprobó para nuestros Miembros. Para saber si una prueba o un Servicio específicos están incluidos en nuestra lista de servicios de laboratorio, llame a **Servicio a los Miembros**.
    - iii. Servicios y materiales terapéuticos de radiografías.
    - iv. Procedimientos especiales de radiografías, IRM, TC, PET y medicina nuclear.  
**Nota:** Se le cobrará cada procedimiento especial de radiografía que se lleve a cabo. En consecuencia, si se realiza más de un procedimiento en la misma consulta, se cobrará más de un Copago. Un procedimiento se define de acuerdo con los códigos de facturación médica de la Terminología Actual de Procedimientos (Current Procedural Terminology, CPT) que publica la Asociación Médica Estadounidense cada año. Usted debe pagar los Copagos o Coseguros correspondientes a los procedimientos especiales de radiografías que se brinden como parte de otros Servicios para pacientes ambulatorios o junto con estos, entre otros, los Servicios de Emergencia, la atención de urgencia y las cirugías para pacientes ambulatorios.  
  
Los procedimientos de diagnóstico incluyen los medicamentos administrados. Los procedimientos terapéuticos pueden incurrir en costos adicionales por los medicamentos administrados.
  - b. Pacientes Hospitalizados  
Durante la hospitalización, como beneficio de atención del paciente hospitalizado, se cubren las radiografías y las pruebas de laboratorio que se hayan solicitado para hacer un diagnóstico; los Servicios y materiales, incluidas las radiografías e isótopos de diagnóstico y terapéuticos; los electrocardiogramas y electroencefalogramas, las IRM, las TC, las PET y la medicina nuclear.
2. Exclusiones en las Radiografías, Pruebas de Laboratorio y Procedimientos Especiales de Radiografías
  - a. Pruebas de un Miembro para uso o beneficio de alguien que no sea Miembro.
  - b. Pruebas de alguien que no sea Miembro para uso o beneficio de un Miembro.

## IV. LIMITACIONES Y EXCLUSIONES (QUÉ NO ESTÁ CUBIERTO)

### A. Exclusiones

Los Servicios que se mencionan a continuación no están cubiertos. Estas exclusiones aplican a todos los Servicios cubiertos conforme a esta EOC. Las exclusiones adicionales que aplican solo para un Servicio en particular se mencionan en la descripción de dicho Servicio en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".

1. **Servicios Médicos Alternativos.** Los siguientes servicios no están cubiertos, salvo que su Grupo haya adquirido cobertura adicional para estos Servicios. Consulte la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)" para determinar si su Grupo adquirió la cobertura adicional.
  - a. Servicios de Acupuntura
  - b. Servicios de Naturopatía
  - c. Terapia de masajes

- d. Servicios y suministros quiroprácticos que no proporciona un Proveedor del Plan en este Acuerdo
2. **Problemas de Comportamiento.** Cualquier tratamiento o Servicio para un problema del comportamiento que no esté relacionado con un trastorno o una enfermedad mental manifiestos.
  3. **Servicios Cosméticos.** Servicios que tienen como objetivo principal cambiar o conservar su apariencia y que no resultarán en una mejora importante de la función física. Esto incluye la cirugía estética relacionada con una cirugía bariátrica. Excepción: los Servicios cubiertos en "Cirugía Reconstructiva" en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".
  4. **Criopreservación.** Todos los Servicios relacionados con la criopreservación, a menos que su Grupo haya adquirido una cobertura adicional. En este caso, no se incluyen servicios como la adquisición y el almacenamiento de semen, esperma, óvulos, materiales de reproducción o embriones. Consulte "Disposiciones Adicionales" para obtener información sobre la cobertura o las exclusiones adicionales, en caso de que correspondan a su Grupo.
  5. **Atención Residencial o de Custodia.** Asistencia con las actividades de la vida cotidiana o atención que pueden brindar de manera segura y eficaz personas que, para hacerlo, no necesitan títulos o certificados médicos ni la supervisión de un enfermero titulado. La asistencia con actividades de la vida cotidiana incluye: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, asearse y tomar medicamentos.
  6. **Servicios Dentales.** Servicios y radiografías dentales, que incluyen Servicios dentales después de una lesión en los dientes; aparatos dentales; implantes; ortodoncia; trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint, TMJ) y Servicios dentales que sean resultado de y posteriores a un tratamiento médico como la radioterapia. Esta exclusión no se aplica a lo siguiente: (a) los Servicios que sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar el labio leporino o el paladar hendido y que sean recetados por un Médico del Plan, a menos que el Miembro tenga cobertura para estos Servicios conforme a una póliza o un contrato de seguro dental; o (b) la hospitalización y anestesia general por Servicios dentales que recete u ordene un Médico del Plan para niños Dependientes que (i) tengan una afección física, mental o que ponga en riesgo la salud desde el Punto de Vista Médico; (ii) que tengan necesidades dentales para las cuales la anestesia local no es efectiva debido a una infección aguda, variaciones anatómicas o alergias; (iii) que sean poco cooperativos, no puedan controlarse, sean ansiosos o no se comuniquen y tengan necesidades dentales que se consideren lo suficientemente importantes como para que no se aplacen; o (iv) que tengan un traumatismo orofacial y dental considerable. A menos que se especifique lo contrario, los servicios de los incisivos (a) y (b) deben recibirse en Centros del Plan o Centros de Enfermería Especializada.

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

7. **Donaciones de Sangre Dirigida.**
8. **Suministros Desechables.** Suministros desechables para su uso en el hogar, como:
  - a. Vendajes
  - b. Gasa
  - c. Cinta
  - d. Antisépticos
  - e. Apósitos
  - f. Vendajes elásticos
  - g. Cualquier otro suministro, apósito, aparato o dispositivo que no se mencione específicamente como cubierto en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".
9. **Servicios Educativos.** Los servicios educativos no son servicios de atención para la salud y no están cubiertos. Algunos ejemplos incluyen:
  - a. Artículos y servicios para aumentar el conocimiento o las habilidades académicas.
  - b. Educación especial o atención para los problemas del aprendizaje, estén o no relacionados con un trastorno o retraso mental manifiesto, que incluyen, entre otros, el trastorno por déficit de atención, discapacidades de aprendizaje y retrasos del desarrollo.
  - c. Servicios de enseñanza y apoyo para aumentar el desempeño académico.
  - d. Asesoramiento o clases particulares académicas para habilidades como la gramática, las matemáticas y la administración del tiempo.
  - e. La capacitación del lenguaje que no es Necesaria desde el Punto de Vista Médico, que no forma parte de un plan de tratamiento aprobado y que no depende de la implementación ni la supervisión directa de un Proveedor del Plan que actúa dentro del alcance de su licencia de acuerdo con la ley de Colorado con el fin de abordar impedimentos del habla.
  - f. Enseñanza de la lectura, independientemente de si tiene usted dislexia.
  - g. Exámenes educativos.
  - h. Actividades de enseñanza (o cualquier otro artículo o servicio relacionado con esto), como el arte, la danza, montar a caballo, la música, la natación o la enseñanza para aprender a tocar un instrumento musical.

10. **Responsabilidad del Empleador o del Gobierno.** La responsabilidad financiera por los Servicios que un empleador o una agencia gubernamental tiene es la obligación legal de proporcionar.
11. **Servicios Experimentales o en Fase de Investigación.**
- a. Se dice que un Servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación para el tratamiento de la afección de un Miembro si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que el Miembro reciba o vaya a recibir el Servicio. El Servicio:
    - i. no ha sido aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los EE. UU.; o
    - ii. actualmente está sujeto a la aplicación de un nuevo medicamento o dispositivo en los archivos de la FDA; o
    - iii. se proporciona como parte de ensayos clínicos en Fase I o Fase II, como rama experimental o de investigación de un ensayo clínico en Fase III o que de otra manera pretenda determinar la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio; o
    - iv. se proporciona debido a un protocolo escrito u otro documento que menciona una evaluación de la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio entre sus objetivos; o
    - v. está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) o de otro organismo que aprueba o revisa las investigaciones en cuanto a la seguridad, toxicidad o eficacia de los Servicios; o
    - vi. cuya cobertura no hayan recomendado el Regional New Technology and Benefit Interpretation Committee (Comité Regional de Nuevas Tecnologías e Interpretación de Beneficios), el Interregional New Technology Committee (Comité Interregional de Nuevas Tecnologías) o la Medical Technology Assessment Unit (Unidad de Evaluación de Tecnología Médica) con base en análisis de estudios clínicos y escritos sobre la seguridad y la conveniencia, a menos que el Plan de Salud lo cubra; o
    - vii. se proporciona según documentos de consentimiento informado que describan el Servicio como experimental o en fase de investigación o en otros términos que indiquen que el servicio se está analizando para comprobar su seguridad, toxicidad o eficacia; o
    - viii. es parte de una opinión dominante entre los expertos según se exprese en escritos médicos o científicos con autoridad que mencionen que (A) el uso del Servicio debe limitarse a ámbitos de investigación; o (B) que se necesita realizar una mayor investigación para determinar la seguridad, toxicidad o eficacia del Servicio.
  - b. Las siguientes fuentes de información serán confiables para decidir si un Servicio es experimental o se encuentra en fase de investigación:
    - i. Los expedientes médicos del Miembro;
    - ii. Los protocolos escritos u otros documentos conforme a los cuales el Servicio se haya proporcionado o se vaya a proporcionar;
    - iii. Todos los documentos de consentimiento que el Miembro o el representante del Miembro hayan firmado o vayan a firmar con la finalidad de recibir el Servicio;
    - iv. Los expedientes y registros de la IRB o de alguna otra organización similar que aprueben o describan investigaciones en la institución en la que el Servicio haya sido proporcionado o vaya a proporcionarse, y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar;
    - v. Los escritos médicos y científicos publicados sobre el Servicio, como se hayan aplicado a la enfermedad o lesión del Miembro; y
    - vi. Los reglamentos, los registros, las solicitudes y otras medidas o documentos emitidos, presentados o tomados por la FDA u otros organismos dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. o cualquier organismo del estado que desempeñe funciones similares.
  - c. Si dos (2) o más Servicios son parte del mismo plan de tratamiento o diagnóstico, todos los Servicios serán excluidos si uno de ellos es experimental o se encuentra en fase de investigación.
  - d. El Plan de Salud consulta al Grupo Médico y luego usa los criterios que se describieron anteriormente para decidir si un Servicio en particular es experimental o de investigación.
- Nota:** Solo en el caso de los planes de salud sin derechos adquiridos por antigüedad no se aplica esta exclusión a los Servicios cubiertos en "Ensayos Clínicos" en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)".
12. **Pruebas Genéticas.** Pruebas genéticas a menos que se determine que son Necesarias desde el Punto de Vista Médico y cumplen los criterios del Grupo Médico.
13. **Servicios de Infertilidad.** Todos los Servicios relacionados con el diagnóstico o tratamiento de la infertilidad, a menos que su Grupo haya adquirido la cobertura adicional suplementaria.
14. **Atención Intermedia.** La atención que se brinda en un centro de cuidados intermedios.
15. **Servicios para el Cuidado Rutinario de los Pies.** Servicios para el cuidado rutinario de los pies que no sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

16. **Servicios para Miembros bajo la Custodia de Oficiales de Policía.** Los Servicios de proveedores Fuera del Plan proporcionados o coordinados por instituciones judiciales penal para los Miembros que se encuentren bajo la custodia de oficiales de policía, excepto los Servicios que están cubiertos como Servicios de Emergencia fuera del Plan o atención de urgencia fuera del Área de Servicio.
17. **Servicios No Disponibles en nuestra Área de Servicio.** Los servicios que general y normalmente no están disponibles en nuestra Área de Servicio, a menos que sea una práctica médica generalmente aceptada en nuestra Área de Servicio remitir a los pacientes fuera de nuestra Área de Servicio para que reciban el Servicio.
18. **Servicios Relacionados con un Servicio No Cubierto.** Cuando un Servicio no tiene cobertura, quedan excluidos todos los Servicios relacionados con este Servicio sin cobertura. Esto no incluye los Servicios que en otros casos cubriríamos para tratar complicaciones que resultaran de un Servicio no cubierto.
19. **Solicitudes o Requisitos de Terceros.** Exámenes físicos, pruebas u otros servicios que no traten directamente una enfermedad, lesión o afección, y cualquier informe o documentación relacionados con las solicitudes o los requerimientos de terceros, entre los cuales se incluyen los siguientes:
  - a. El empleo
  - b. Participación en programas de empleo
  - c. Seguro
  - d. Discapacidades
  - e. Licencias
  - f. Eventos escolares, deportes o campamento
  - g. Agencias gubernamentales
  - h. Órdenes judiciales, la libertad condicional o la libertad a prueba
  - i. Viajes
20. **Gastos de Viaje y Hospedaje.** Se excluyen los gastos de viaje y hospedaje. Es posible que paguemos algunos gastos previamente autorizados de conformidad con nuestras pautas internas de viaje y hospedaje en algunas situaciones, cuando el Grupo Médico lo remita a un Proveedor fuera del Plan y de nuestra Área de Servicio, tal como se describe en "Acceso a otros Proveedores", en la sección "Cómo Acceder a sus Servicios y Obtener la Aprobación de los Beneficios".
21. **Servicios y Dispositivos de Tecnología Médica sin Clasificar.** Dispositivos y Servicios de tecnología médica que no estén clasificados como equipo médico duradero o de laboratorio por una Determinación de Cobertura Nacional (NCD) emitida por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), a menos que estén cubiertos por el Plan de Salud.
22. **Centros para el Control del Peso.** Servicios que se reciben en un centro para el control del peso.
23. **Compensación del Trabajador o Responsabilidad del Empleador.** La responsabilidad financiera por los Servicios proporcionados para cualquier enfermedad, lesión o afección, en la medida de un pago o cualquier otro beneficio, incluido cualquier monto recibido como un acuerdo (colectivamente llamado "Beneficio Financiero"), se proporciona conforme a cualquiera de las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador. Proporcionaremos los Servicios incluso si no estuviera claro que tiene derecho a recibir el Beneficio Financiero, pero podremos recuperar los Cargos por dichos Servicios de las siguientes fuentes:
  - a. Cualquier fuente que proporcione un Beneficio Financiero o de la cual deba recibirse un Beneficio Financiero.
  - b. Usted, en la medida en que un beneficio financiero se brinda o es pagadero, o habría sido necesario brindar o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el beneficio financiero conforme a cualquiera de las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador.

## B. Limitaciones

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

## C. Reducciones

### 1. Coordinación de Beneficios (COB)

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

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

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

### DEFINICIONES

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

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

- b. En una disposición de la **COB**, **este plan** se refiere a la parte del contrato que proporciona los beneficios de atención médica para los cuales aplica la disposición de la **COB** y que se puede reducir debido a los beneficios de otros **Planes**. Cualquier otra parte del contrato que proporcione los beneficios de atención médica es independiente de **Este plan**. Un contrato puede aplicar una disposición de la **COB** para algunos beneficios, como los beneficios dentales, coordinarse únicamente con otros beneficios similares y aplicar otra disposición de la **COB** para coordinar otros beneficios.
- c. Las reglas de determinación del orden de los beneficios determinan si **Este plan** es un **Plan primario** o un **Plan secundario** en aquellos casos donde una persona tiene una cobertura de salud de más de un **Plan**.

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

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

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

- i. La diferencia entre el costo de una habitación semiprivada de hospital y una habitación privada de hospital no es un **Gasto permitido**, a menos que uno de los **Planes** proporcione la cobertura para los gastos de habitaciones privadas de hospital o que la internación sea necesaria desde el punto de vista médico, en función de una práctica médica generalmente aceptada o que el hospital no cuente con una habitación semiprivada.
- ii. Si una persona tiene la cobertura de dos o más **Planes** que calculan los pagos de sus beneficios con base en las tarifas normales y habituales, en la metodología de reembolso con el esquema de valor relativo u otra metodología de reembolso similar, cualquier monto que sobrepase el monto de reembolso más alto para un beneficio específico no es un **Gasto permitido**.

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

#### REGLAS DE DETERMINACIÓN DEL ORDEN DE LOS BENEFICIOS

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

- a. El **Plan primario** paga o proporciona sus beneficios de acuerdo con sus términos de cobertura y sin importar los beneficios de cualquier otro **Plan**.
- b.
  - i. Salvo por lo que se indica en el párrafo ii., un **Plan** que no contenga una disposición sobre coordinación de beneficios que sea compatible con estas reglas siempre será el primario, a menos que las disposiciones de ambos **Planes** indiquen que el **Plan** que está en cumplimiento es el primario.
  - ii. La cobertura que se obtiene por ser miembro de un grupo y que está designada como parte suplementaria del paquete básico de beneficios puede proporcionar cobertura suplementaria que sobrepase cualquier otra parte del **Plan** proporcionado por el titular del contrato. Algunos ejemplos de este tipo de situaciones son las coberturas médicas mayores que se superponen a los beneficios básicos hospitalarios y quirúrgicos de un plan y las coberturas de tipo seguro que se escriben en relación con un **Plan de panel cerrado** para proporcionar beneficios fuera de la red.
- c. Un **Plan** puede considerar los beneficios pagados o proporcionados por otro **Plan** al determinar sus beneficios solo cuando es secundario a ese otro **Plan**.
- d. Las reglas que se aplican para determinar el orden de beneficios de cada **Plan** son las siguientes:
  - i. No Dependiente o Dependiente. El **Plan** que cubre a la persona de forma distinta a la de un dependiente, por ejemplo, como un empleado, un miembro, un suscriptor o un jubilado, es el **Plan primario**. El **Plan** que cubre a la persona como un dependiente es el **Plan secundario**. Sin embargo, si la persona es beneficiaria de Medicare y, de acuerdo con la ley federal, Medicare es secundario al **Plan** que cubre a la persona como dependiente; y primario al **Plan** que cubre a la persona de forma distinta a la de un dependiente, (p. ej., como un empleado jubilado); entonces el orden de los beneficios entre los dos **Planes** se cambia de modo que el **Plan** que le proporcione cobertura a la persona como empleado, miembro, suscriptor o jubilado, sea el **Plan secundario** y el otro **Plan** sea el **Plan primario**.
  - ii. Hijo Dependiente con Cobertura de Más de Un **Plan**. A menos que exista un decreto judicial que indique lo contrario, cuando un hijo dependiente tiene cobertura de más de un **Plan**, el orden de beneficios se determina de la siguiente manera:

- A. Para un hijo dependiente cuyos padres están casados o viven juntos, ya sea que alguna vez hayan estado casados:
1. El **Plan** del padre cuyo cumpleaños (día y mes) sea primero en el año calendario es el **Plan primario**; o
  2. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el **Plan** del padre que haya tenido cobertura por más tiempo será el **Plan primario**.
- B. Para un hijo dependiente cuyos padres están divorciados o separados, o no viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no:
1. Si un decreto judicial establece que uno de los padres es responsable de los gastos o la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el **Plan** de ese padre tiene conocimientos reales de los términos, ese es el **Plan** primario; Esta regla aplica a los años del plan que comienzan después de que el **Plan** recibe la notificación sobre el decreto judicial.
  2. Si un decreto judicial establece que ambos padres deben pagar los gastos o cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo A., mencionado anteriormente, determinarán el orden de los beneficios;
  3. Si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que un padre es responsable de los gastos de atención médica o cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo A., mencionado anteriormente, determinarán el orden de los beneficios; o
  4. Si no hay un decreto judicial que determine la responsabilidad de los gastos o cobertura de atención médica del hijo dependiente, el orden de los beneficios del hijo es el siguiente:
    - El **Plan** que cubre al **padre que tiene la Custodia**;
    - El **Plan** que cubre al cónyuge del **padre que tiene la Custodia**;
    - El **Plan** que cubre al **padre que no tiene la custodia**; y luego
    - El **Plan** que cubre al cónyuge del **padre que no tiene la custodia**.
- C. Para un hijo dependiente que tenga cobertura de más de un **Plan** de personas que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determinará de acuerdo con las disposiciones de los Subpárrafos A. o B., mencionados anteriormente, como si esas personas fueran los padres del niño.
- iii. Empleado Activo o Empleado Jubilado o Despedido. El **Plan** que cubre a una persona como un empleado activo, es decir, un empleado que no fue despedido ni se retiró, es el **Plan primario**. El **Plan** que cubre a esa misma persona como empleado jubilado o despedido es el **Plan secundario**. Esto mismo aplicaría si una persona es dependiente de un empleado activo y la misma persona es dependiente de un empleado retirado o despedido. Si el otro **Plan** no tiene esta regla y, como resultado, los **Planes** no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no aplica si la regla etiquetada como d.1. puede determinar el orden de los beneficios.
- iv. COBRA o la Continuación de Cobertura Estatal. Si una persona cuya cobertura se proporciona en virtud de la Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) o conforme a un derecho de continuación proporcionado por una ley estatal u otra ley federal está cubierta por otro **Plan**, el **Plan** que cubre a la persona como un empleado, miembro, suscriptor o jubilado o que cubre a la persona como un dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado será el **Plan primario** y la cobertura de COBRA o de continuación estatal o federal será el **Plan secundario**. Si el otro **Plan** no tiene esta regla y, como resultado, los **Planes** no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora. Esta regla no aplica si la regla etiquetada como d.1. puede determinar el orden de los beneficios.
- v. Mayor o Menor Tiempo de Cobertura. El **Plan** que proporcionó cobertura a un empleado, miembro, titular de la póliza, suscriptor o jubilado durante más tiempo es el **Plan primario** y el **Plan** que proporcionó cobertura por un periodo más corto es el **Plan secundario**.
- vi. Si las reglas anteriores no determinan el orden de los beneficios, los **Gastos permitidos** se compartirán en partes iguales entre los **Planes** que cumplen la definición del **Plan**. Además, **Este plan** no pagará más de lo que habría pagado si hubiera sido el **Plan primario**.

#### EFEECTO SOBRE LOS BENEFICIOS DE ESTE PLAN

- a. Cuando **Este plan** es secundario, puede reducir sus beneficios para que los beneficios totales pagados o proporcionados por todos los **Planes** durante un año del plan no superen el total de los **Gastos permitidos**. Al determinar el monto que se debe pagar por alguna reclamación, el **Plan secundario** calculará los beneficios que hubiera pagado si no tuviera otra cobertura de atención médica y aplicará el monto calculado a cualquier **Gasto permitido** conforme a este **Plan** que no pague el **Plan primario**. En ese caso, el **Plan secundario** puede reducir el monto de su pago de manera que, al combinarlo con el monto pagado por el **Plan primario**, el total de beneficios pagados o proporcionados por todos los **Planes** por la reclamación no supere el total del **Gasto permitido** para esa reclamación. Además, el **Plan secundario** acreditará al deducible de su plan cualquier monto que hubiera acreditado a su deducible en caso de que no hubiera otra cobertura de atención médica.

- b. Si una persona con cobertura está inscrita en dos o más **Planes de panel cerrado** y si, por cualquier razón, incluida la prestación de un servicio por parte de un proveedor fuera del panel, los beneficios no son pagables por un **Plan de panel cerrado**, la **COB** no aplicará entre ese **Plan** y los otros **Planes de panel cerrado**.

#### **DERECHO A RECIBIR Y REVELAR INFORMACIÓN NECESARIA**

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

#### **FACILIDAD DE PAGO**

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

#### **DERECHO DE RECUPERACIÓN**

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

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

#### 2. Lesiones o Enfermedades Supuestamente Provocadas por Terceros

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

**Nota:** La información que se proporciona en la sección "Lesiones o Enfermedades Supuestamente Provocadas por Terceros" no afecta su obligación de pago del Copago, Coseguro o Deducible que correspondan a estos Servicios. El monto del reembolso adeudado al plan no está limitado por la disposición de Gasto Máximo de Bolsillo.

En la medida en que la ley lo permita, tenemos la opción de subrogar todas las reclamaciones, causas de acción y otros derechos que usted pueda tener contra un tercero o una aseguradora, un programa del gobierno u otra fuente de cobertura por daños, compensación o indemnización económicos debido a la lesión o enfermedad presuntamente causada por el tercero. Dicha subrogación será efectiva a partir del momento en el que le entreguemos o enviemos por correo, a usted o a su abogado, un aviso por escrito sobre el ejercicio de esta opción.

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

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

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

A fin de que podamos determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y de que podamos ejercerlo, usted deberá llenar y enviarnos cualquier consentimiento, cesión, autorización, asignación y demás documentos, entre los que se incluyen los formularios de derecho de retención, en los que se den instrucciones a su abogado, a la otra parte o entidad y a cualquier respectiva aseguradora para que nos paguen o les paguen a nuestros representantes legales directamente. Usted debe cooperar para proteger nuestros intereses de acuerdo con las disposiciones de la sección "Lesiones o



Enfermedades Supuestamente Provocadas por Terceros" y no deberá tomar ninguna acción que perjudique nuestros derechos.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o protector presentan una reclamación contra un tercero, un organismo o una aseguradora por una lesión o enfermedad, su heredero, padre o madre, tutor legal o protector y cualquier acuerdo o sentencia favorable obtenidos por cualquiera de ellos estarán sujetos a nuestros derechos de retención y a otros derechos, de la misma forma que si hubiese sido usted quien presentara la reclamación. Podemos asignar nuestros derechos de retención y de otro tipo para ejercerlos.

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

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

### 3. Embarazo Tradicional o Embarazo por Encargo de Terceros

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

**Nota:** La información de la sección "Embarazo Tradicional o Embarazo por Encargo de Terceros" no afecta su obligación de pago del Copago, el Coseguro o el Deducible por estos Servicios.

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

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

Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

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

## **V. RESPONSABILIDAD DE PAGO DEL MIEMBRO**

La información sobre la responsabilidad de pago del Miembro, incluidos los Deducibles, el Gasto Máximo de Bolsillo anual, los Copagos y el Coseguro correspondientes se encuentra en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)." La información de responsabilidad de pago por Servicios de Emergencia y atención de urgencia se encuentra en la sección "Beneficios y Cobertura (Qué está Cubierto)". Si tiene preguntas adicionales, comuníquese con **Servicio a los Miembros**.

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

## VI. PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN (CÓMO PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN)

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

## VII. DISPOSICIONES GENERALES DE LA PÓLIZA

### A. Plan de Acceso

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

### B. Acceso a Servicios para Hablantes de Otros Idiomas

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

### C. Administración del Acuerdo

Podemos adoptar políticas, procedimientos e interpretaciones razonables para promover la administración eficaz del Acuerdo de Grupo y de esta EOC.

### D. Instrucciones por Anticipado

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

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

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

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

Están disponibles dos (2) folletos: *Your Right to Make Health Care Decisions (Su Derecho a Tomar Decisiones sobre la Atención Médica)* y *Making Health Care Decisions (Cómo Tomar Decisiones sobre la Atención Médica)*. Para obtener una copia de estos folletos o para recibir más información, comuníquese con **Servicio a los Miembros**.

### E. Acuerdo Vinculante para los Miembros

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

### F. Enmienda del Acuerdo

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

### G. Solicitudes y Declaraciones

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

### H. Asignaciones

Puede asignar por escrito los pagos adeudados por la póliza a un hospital certificado, otro proveedor de atención médica autorizado, un terapeuta ocupacional o un terapeuta de masajes por los Servicios cubiertos que le proporcionaron. Usted no

puede ceder esta EOC ni ningún otro derecho, interés u obligación establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

#### **I. Tarifas y Gastos de Abogados**

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

#### **J. Facultad para la Revisión de Reclamaciones**

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

#### **K. Contratos con los Proveedores del Plan**

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

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

#### **L. Legislación Aplicable**

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

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

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

#### **N. Sin Exención**

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

#### **O. No Discriminación**

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

#### **P. Notificaciones**

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

#### **Q. Crédito de Gasto Máximo de Bolsillo por Adquisición**

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

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

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

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

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

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

## **R. Recuperación de Exceso de Pago**

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

## **S. Prácticas de Privacidad**

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su Información Médica Protegida (Protected Health Information, PHI). También exigimos a los proveedores contratados que protejan su PHI. La PHI es la información médica que incluye su nombre, número de Seguro Social u otra información que revela su identidad. En general, usted puede ver y obtener copias de su PHI, corregirla o actualizarla y pedimos que justifiquemos la revelación de ciertos datos incluidos en ella.

Es posible que usemos o revelemos su PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones relacionadas con la atención médica, como la investigación de la salud y la evaluación de la calidad de la atención y los Servicios. A veces, la ley exige que divulguemos su PHI a organismos del gobierno o para cumplir con una acción legal. Además, podemos compartir su PHI con sus empleadores solo con su autorización o en los casos en que la ley así lo permita. No utilizaremos ni revelaremos su PHI para ningún otro fin sin su autorización por escrito (o la de su representante), salvo como se describe en nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad (Notice of Privacy Practices)* (consulte a continuación). La decisión de darnos la autorización queda a su criterio.

**Esto es solo un resumen breve de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. En nuestro *Aviso de Prácticas de Privacidad*, se detallan nuestras prácticas de privacidad. Para solicitar una copia, llame a Servicio a los Miembros. También puede encontrar el *Aviso sobre Prácticas de Privacidad* en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).**

## **T. Servicios de Valor Agregado**

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

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

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

1. Mostrar su tarjeta de identificación del Plan de Salud.
2. Pagar la tarifa, si corresponde,

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

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

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

El Plan de Salud no avala ni hace ninguna declaración acerca de la calidad o la eficacia médica de los servicios de valor agregado, ni acerca de la integridad financiera de las compañías que los ofrecen. Expresamente rechazamos cualquier responsabilidad por los servicios de valor agregado proporcionados por estas compañías. Si tiene una disputa relacionada con un servicio de valor agregado, debe resolverlo con la compañía que ofrece dicho servicio. Aunque el Plan de Salud no tiene la

obligación de ayudar con esta resolución, puede llamar a **Servicio a los Miembros** y un representante puede intentar ayudar a resolver el problema.

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

De acuerdo con la Ley de Derechos sobre la Salud de la Mujer y el Cáncer de 1998 y según las determinaciones a las que lleguen el médico adjunto y la paciente, proporcionamos la siguiente cobertura después de una mastectomía:

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

## VIII. CANCELACIÓN, NO RENOVACIÓN O CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA

Su Grupo debe informar al Suscriptor la fecha de cancelación de la cobertura. Si se cancela su membresía, todos los derechos a los beneficios terminan a las 11:59 p. m. de la fecha de cancelación. Las membresías de los Dependientes terminan en el mismo momento en que finaliza la membresía del Suscriptor. Se le cobrará como no Miembro cualquier Servicio que reciba después de que se cancele su membresía. Después de que su membresía sea cancelada, el Plan de Salud y los Proveedores del Plan ya no tienen responsabilidad alguna conforme a esta EOC, a excepción de lo que se indica en "Cancelación del Acuerdo de Grupo", en esta sección de "Cancelación de la Membresía".

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

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

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

#### B. Cancelación del Acuerdo de Grupo

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

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

#### C. Cancelación con Causa

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

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

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

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

#### D. Cancelación del Plan del Seguro por Falta de Pago

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

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

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

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

#### **F. Anulación de la Membresía**

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

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

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

#### **G. Continuación de la Cobertura Grupal Bajo la Ley Federal, la Ley Estatal o USERRA**

##### **1. Ley Federal (COBRA)**

Es posible que pueda continuar su cobertura conforme a esta EOC durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad, si así lo exigiera la ley federal de COBRA. Comuníquese con su Grupo si desea saber cómo elegir la cobertura de COBRA o cuánto tendrá que pagarle a su Grupo por ella.

##### **2. Ley Estatal**

Si no es elegible para continuar con la cobertura de grupo ininterrumpida conforme a la ley federal (COBRA), puede ser elegible para continuar con la cobertura de grupo conforme a la ley de Colorado. La ley de Colorado establece que si ha sido Miembro durante al menos seis (6) meses consecutivos inmediatamente antes de la finalización de la relación laboral, continúa cumpliendo con los requisitos de elegibilidad del Grupo y del Plan de Salud, y continúa pagando las Primas mensuales correspondientes a su Grupo, puede seguir teniendo cobertura de grupo ininterrumpida. Si ocurre una pérdida de elegibilidad debido a las siguientes razones, usted o sus Dependientes pueden continuar con la cobertura de grupo sujeta a los siguientes términos:

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

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

Para continuar con la cobertura, debe solicitar la continuación de la cobertura de grupo en un formulario proporcionado por y devuelto a su Grupo junto con el pago de las Primas correspondientes, a más tardar treinta (30) días después de la fecha en que la cobertura de su Grupo habría terminado.

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

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

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

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

##### **3. USERRA**

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

recibido su llamada al servicio activo. Comuníquese con su Grupo si desea saber cómo elegir la cobertura de USERRA o cuánto tendrá que pagarle a su Grupo por ella.

## **H. Mudanza a otra Área de Servicio del Plan de Salud regional de Kaiser**

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

## **IX. APELACIONES Y QUEJAS**

### **A. Reclamaciones y Apelaciones**

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

1. Una **reclamación** es una solicitud para que nosotros:
  - a. proporcionemos o paguemos por un Servicio que usted no haya recibido (reclamación antes de recibir un servicio);
  - b. continuemos brindando o pagando un Servicio que recibe actualmente (reclamación de atención simultánea); o
  - c. paguemos por un Servicio que ya recibió (reclamación después de recibir un servicio).
2. Una **determinación adversa de beneficios** es nuestra decisión de realizar cualquiera de las siguientes acciones:
  - a. Negar su reclamación, total o parcialmente, incluida (1) una negación total o parcial de una reclamación previa al servicio (autorización previa para un Servicio), una reclamación de atención simultánea (para que sigamos brindando o pagando un Servicio que recibe actualmente) o una reclamación posterior al servicio (para que paguemos un Servicio) total o parcial; (2) una negación de una solicitud de Servicios bajo el argumento de que el Servicio no es adecuado, efectivo, eficiente o Necesario desde el Punto de Vista Médico, o no se proporciona en el entorno de atención médica o nivel de atención adecuado; o (3) una negación de una solicitud de Servicios bajo el argumento de que el Servicio es experimental o de investigación;
  - b. Cancelar su membresía de forma retroactiva, a menos que sea el resultado de la falta de pago de las Primas (también se conoce como anulación o cancelación de forma retroactiva);
  - c. Negar su solicitud (o, si corresponde, la de un dependiente) para recibir la cobertura del plan individual;
  - d. Mantener una determinación adversa de beneficios anterior en caso de que usted haya presentado una apelación.

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

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

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

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

### **Asistencia con el Idioma y la Traducción**

Puede solicitar asistencia con el idioma para su reclamación o apelación si llama a **Servicio a los Miembros**.

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

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

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

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

### **Cómo Designar a un Representante**

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

### **Ayuda con su reclamación o apelación**

Puede comunicarse con la División de Seguros de Colorado en:

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

**Cómo Revisar Información sobre Su Reclamación**

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

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

**Proporcionar información adicional sobre su reclamación o apelación**

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

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

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

**Compartir información adicional que recopilamos**

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

**Procedimientos Internos de Reclamaciones y Apelaciones**

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

1. Reclamaciones antes de recibir un servicio (urgentes y no urgentes)
2. Reclamaciones de atención simultánea (urgentes y no urgentes)
3. Reclamaciones después de recibir un servicio.

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

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

1. **Reclamaciones y Apelaciones Antes de Recibir un Servicio**

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

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

- a. **Reclamación Antes de Recibir un Servicio**

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

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



Podemos renunciar a los requisitos relacionados con la reclamación urgente y la apelación para permitirle solicitar una revisión externa acelerada, pero no estamos obligados a hacerlo.

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

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

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

Si negamos su reclamación (si no acordamos proporcionar o pagar por todos los Servicios que solicitó), nuestra notificación de determinación adversa de beneficios le informará por qué negamos su reclamación y cómo puede apelar.

b. Apelación Antes de Recibir un Servicio No Urgente

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

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

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

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

c. Apelación Antes de Recibir un Servicio Urgente

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

Cuando envíe su apelación, también puede solicitar una revisión externa simultánea de nuestra determinación adversa de beneficios inicial. Si desea una revisión externa simultánea, esto debe indicarse en su apelación. Usted será elegible para la revisión externa simultánea solo si su apelación antes de recibir un servicio califica como urgente. Si no solicita

una revisión externa simultánea en su apelación, entonces puede solicitar una revisión externa después de que tomemos nuestra decisión con respecto a su apelación (consulte "Revisión Externa" en esta sección de "Apelaciones y Quejas") si nuestra decisión de apelación interna no es a su favor.

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

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

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

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

## 2. Reclamaciones y Apelaciones de Atención Simultánea

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

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

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

### a. Reclamación de Atención Simultánea

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

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

Revisaremos su reclamación y, si tenemos toda la información que necesitamos, tomaremos una decisión dentro de un periodo razonable. Si presentó su reclamación 24 horas o más antes de que finalice su atención autorizada, tomaremos una decisión antes de que efectivamente finalice su atención autorizada (es decir, en las 24 horas posteriores a recibir su reclamación). Si su atención autorizada finalizó antes de que presentara su reclamación, tomaremos nuestra decisión en un plazo máximo de 15 días después de recibirla. Podemos extender el tiempo para

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

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

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

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

b. Apelación de Atención Simultánea No Urgente

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

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

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

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

c. Apelación de Atención Simultánea Urgente

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

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

Decidiremos si su apelación es urgente o no urgente a menos que su proveedor de atención médica tratante nos informe que su apelación es urgente. Si determinamos que su apelación no es urgente, la trataremos como tal. Por lo general, una apelación se considera urgente solo cuando seguir el procedimiento para las apelaciones no urgentes: (a) podría

poner en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo o, en caso de que tenga una discapacidad física o mental, creara una limitación inminente y sustancial en su capacidad actual para vivir de forma independiente; o (b) lo sometería a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin continuar el tratamiento con cobertura, conforme a la opinión de un médico que conozca su afección. Podemos renunciar a los requisitos relacionados con una apelación urgente para permitirle solicitar una revisión externa acelerada, pero no estamos obligados a esto.

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

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

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

### 3. Reclamaciones y Apelaciones Después de Recibir un Servicio

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

Estos son los procedimientos para presentar una reclamación después de recibir un servicio y una apelación después de recibir un servicio:

#### a. Reclamación Después de Recibir un Servicio

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

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

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

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

#### b. Apelación Después de Recibir un Servicio

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

Programaremos una reunión de apelación y estableceremos un plazo que nos permita tomar una decisión sobre la apelación de forma oportuna. Puede asistir a la reunión de apelación en persona o a través de una conferencia telefónica y puede llevar a asesores, defensores y profesionales de la salud. A menos que solicite estar presente en la reunión de apelación en persona o por conferencia telefónica, realizaremos su apelación como una revisión del expediente. También puede presentar documentación adicional durante esta reunión. Los miembros del comité de apelaciones que

revisarán la apelación (y que no participaron en la decisión original que tomamos respecto de la reclamación) analizarán la documentación adicional. Si las solicita, le entregaremos copias de toda la información que presentaremos en la reunión de apelación al menos 5 días antes de la reunión, con la excepción de la información nueva que recopilamos luego de ese plazo. Podrá pedir que se grabe la reunión de apelación, en caso de que corresponda, y que se le envíe una copia de la grabación.

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

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

### Segunda Instancia Voluntaria de Apelación

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

### Apelaciones de cancelación de membresía retroactiva (anulación o cancelación de manera retroactiva)

Podemos cancelar su membresía de manera retroactiva (consulte "Anulación de la Membresía" en la sección "Cancelación, no Renovación o Continuación de la Cobertura"). Le enviaremos una notificación por escrito al menos 30 días antes de la cancelación. Si tiene preguntas generales sobre cancelaciones o apelaciones de la membresía retroactiva, llame a **Servicio a los Miembros**.

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

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

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

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

### Apelación por negación de solicitud de plan individual

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

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

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

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

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

### Revisión Externa

Después de recibir una carta de decisión adversa con respecto a su Apelación de Primer Nivel o Apelación Voluntaria de Segundo Nivel, es posible que tenga derecho a solicitar una revisión externa.

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

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

Para solicitar una revisión externa, debe hacer lo siguiente:

1. Enviar un formulario completado de Revisión Externa Independiente de la Determinación Adversa Definitiva del Pagador Terciario que se incluirá con la carta de decisión de apelación interna obligatoria y la explicación de sus derechos de apelación (puede llamar al **Appeals Program** para solicitar una copia de este formulario) al **Appeals Program** en un plazo de cuatro (4) meses contados a partir de la fecha de recepción de la decisión de apelación interna obligatoria o la decisión de Apelación Voluntaria de Segundo Nivel. Consideraremos que la fecha de recepción de nuestra notificación será tres (3) días después de la fecha en que se redactó nuestra notificación, a menos que pueda probar que recibió nuestra notificación después de que terminara el periodo de los tres (3) días.
2. Incluya en su solicitud por escrito una declaración que nos autorice a entregar su expediente de reclamación con su información médica, incluido su expediente médico; o puede enviar un formulario completado de Autorización para Entregar Información de la Apelación que se incluye con la carta de decisión de apelación interna obligatoria y la explicación de sus derechos de apelación (puede llamar al **Appeals Program** para solicitar una copia de este formulario).

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

### **Revisión externa acelerada**

**Puede solicitar una revisión acelerada si (1) tiene una afección médica para la cual el plazo para completar una revisión estándar pondría en riesgo su vida, su salud o su capacidad para recuperar sus funciones al máximo o, en caso de que tenga una discapacidad física o mental, crearía una limitación inminente y sustancial en su capacidad actual para vivir de forma independiente o (2) en la opinión de un médico con conocimiento de su afección médica, el plazo para completar una revisión estándar lo sometería a un dolor intenso que no pueda controlarse adecuadamente sin los servicios médicos que usted solicita conforme a la opinión de un médico que conozca su afección. Una solicitud de revisión externa acelerada debe ir acompañada de una declaración escrita de su médico que indique que su afección cumple con los criterios para una revisión acelerada. Debe incluir la certificación del médico de que cumple con los criterios de revisión externa acelerada cuando envíe su solicitud de revisión externa junto con la demás información requerida (descrita anteriormente).**

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

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

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

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

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

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

**Puede enviar su información adicional a la organización de revisión externa independiente para su consideración durante su revisión en un plazo de cinco (5) días hábiles contados a partir de la recepción de nuestra notificación que indique la**

**organización de revisión independiente que ha sido seleccionada para realizar la revisión externa de su reclamación. Aunque no es obligatorio, la organización de revisión independiente puede aceptar y considerar información adicional enviada después de que finalice este periodo de cinco (5) días hábiles.**

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

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

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

### **Revisión Adicional**

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

## **B. Quejas**

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

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

## X. INFORMACIÓN SOBRE CAMBIOS DE PÓLIZAS Y TARIFAS

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

## XI. DEFINICIONES

Los siguientes términos, cuando se utilizan en mayúscula y se usan en cualquier parte de esta EOC, tienen el siguiente significado:

### Área de Servicio:

El Área de Servicio de **Denver y Boulder** está formada por las zonas de los condados de Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Teller y Weld que tienen los siguientes códigos postales: 80001, 80002, 80003, 80004, 80005, 80006, 80007, 80010, 80011, 80012, 80013, 80014, 80015, 80016, 80017, 80018, 80019, 80020, 80021, 80022, 80023, 80024, 80025, 80026, 80027, 80030, 80031, 80033, 80034, 80035, 80036, 80037, 80038, 80040, 80041, 80042, 80044, 80045, 80046, 80047, 80102, 80104, 80107, 80108, 80109, 80110, 80111, 80112, 80113, 80116, 80117, 80120, 80121, 80122, 80123, 80124, 80125, 80126, 80127, 80128, 80129, 80130, 80131, 80134, 80135, 80137, 80138, 80150, 80151, 80155, 80160, 80161, 80162, 80163, 80165, 80166, 80201, 80202, 80203, 80204, 80205, 80206, 80207, 80208, 80209, 80210, 80211, 80212, 80214, 80215, 80216, 80217, 80218, 80219, 80220, 80221, 80222, 80223, 80224, 80225, 80226, 80227, 80228, 80229, 80230, 80231, 80232, 80233, 80234, 80235, 80236, 80237, 80238, 80239, 80241, 80243, 80244, 80246, 80247, 80248, 80249, 80250, 80251, 80256, 80257, 80259, 80260, 80261, 80262, 80263, 80264, 80265, 80266, 80271, 80273, 80274, 80281, 80290, 80291, 80293, 80294, 80299, 80301, 80302, 80303, 80304, 80305, 80306, 80307, 80308, 80309, 80310, 80314, 80401, 80402, 80403, 80419, 80421, 80422, 80425, 80427, 80433, 80436, 80437, 80439, 80444, 80452, 80453, 80454, 80455, 80457, 80465, 80466, 80470, 80471, 80474, 80481, 80501, 80502, 80503, 80504, 80510, 80514, 80516, 80520, 80530, 80533, 80540, 80544, 80601, 80602, 80603, 80614, 80621, 80640, 80642, 80643.

El Área de Servicio del **norte de Colorado** está formada por las zonas de los condados de Adams, Boulder, Larimer, Morgan y Weld que tienen los siguientes códigos postales: 69128, 69145, 80511, 80512, 80513, 80515, 80517, 80521, 80522, 80523, 80524, 80525, 80526, 80527, 80528, 80532, 80534, 80535, 80536, 80537, 80538, 80539, 80541, 80542, 80543, 80545, 80546, 80547, 80549, 80550, 80551, 80553, 80610, 80611, 80612, 80615, 80620, 80622, 80623, 80624, 80631, 80632, 80633, 80634, 80638, 80639, 80644, 80645, 80646, 80648, 80649, 80650, 80651, 80652, 80654, 80729, 80732, 80742, 80754, 82063, 82070, 82082.

El Área de Servicio del **sur de Colorado** está formada por las zonas de los condados de Crowley, Custer, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Huerfano, Las Animas, Lincoln, Otero, Park, Pueblo y Teller que tienen los siguientes códigos postales: 80106, 80118, 80132, 80133, 80808, 80809, 80813, 80814, 80816, 80817, 80819, 80820, 80827, 80829, 80831, 80832, 80833, 80840, 80841, 80860, 80863, 80864, 80866, 80901, 80902, 80903, 80904, 80905, 80906, 80907, 80908, 80909, 80910, 80911, 80912, 80913, 80914, 80915, 80916, 80917, 80918, 80919, 80920, 80921, 80922, 80923, 80924, 80925, 80926, 80927, 80928, 80929, 80930, 80931, 80932, 80933, 80934, 80935, 80936, 80937, 80938, 80939, 80941, 80942, 80946, 80947, 80949, 80950, 80951, 80960, 80962, 80970, 80977, 80995, 80997, 81001, 81002, 81003, 81004, 81005, 81006, 81007, 81008, 81009, 81010, 81011, 81012, 81019, 81022, 81023, 81025, 81039, 81062, 81069, 81212, 81215, 81221, 81222, 81223, 81226, 81232, 81233, 81240, 81244, 81253, 81290.

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

### Cargos:

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

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

**Centro del Plan:** un Consultorio Médico del Plan o un Hospital del Plan.

**CMS:** los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid, la agencia federal responsable de administrar Medicare.



**Consultorio Médico del Plan:** cualquier consultorio médico que se encuentre en nuestro directorio de proveedores, incluido cualquier centro de atención para pacientes ambulatorios designado por el Plan de Salud. Los Consultorios Médicos del Plan están sujetos a cambios sin previo aviso.

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

**Copago:** el monto específico en dólares que debe pagar por un Servicio cubierto según se describe en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

**Coseguro:** un porcentaje de los Cargos que debe pagar cuando recibe un Servicio cubierto según se describe en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

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

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

**Estabilizar:** proporcionar el tratamiento médico para el Problema Médico de Emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá un deterioro importante de la afección a causa del traslado (ni durante dicho traslado) de la persona desde el centro de atención. Con respecto a una embarazada que tiene contracciones, cuando no es el momento adecuado para transferirla de forma segura a otro hospital antes del parto (o cuando el traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del niño en gestación), "Estabilizar" significa dar a luz (incluida la placenta).

**Farmacia del Plan:** una farmacia que es propiedad y está administrada por Kaiser Permanente u otra farmacia que designemos. Las Farmacias del Plan están sujetas a cambios sin previo aviso.

**Gasto Máximo de Bolsillo:** el límite anual al monto total del Deducible (si corresponde), algunos Copagos y Coseguros que debe pagar en un Periodo de Acumulación para los Servicios cubiertos, como se describe en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)".

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

**Hospital del Plan:** cualquier hospital que figure como Hospital del Plan en nuestro directorio de proveedores. Los Hospitales del Plan están sujetos a cambios sin previo aviso.

**Kaiser Permanente:** Plan de Salud y Grupo Médico.

**Los servicios o suministros Necesarios desde el Punto de Vista Médico** que reúnen los siguientes requisitos según el Plan de Salud:

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

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

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

**Médico Afiliado:** cualquier doctor en medicina que tenga un contrato con el Grupo Médico para proporcionar los Servicios cubiertos a los Miembros conforme a esta EOC.

**Médico del Plan:** cualquier médico certificado que trabaje para el Grupo Médico, un Médico Afiliado o cualquier médico certificado que tenga un contrato para prestar Servicios a los Miembros (excepto los médicos contratados solo para brindar Servicios de remisiones).

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

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

**Periodo de Acumulación:** como se establece en la "Lista de Beneficios (Quién Paga Qué)", el periodo de tiempo durante el cual se pagan los beneficios y cuentan para el máximo permitido para el beneficio específico.

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

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

**Problema Médico de Emergencia:** una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos, incluido el dolor intenso, y que una persona no profesional prudente y con un conocimiento promedio en salud y medicina podría esperar, de forma razonable, que provoque lo siguiente si no se recibe atención médica inmediata:

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

**Proveedor Afiliado:** un proveedor de atención médica que designamos como Proveedor Afiliado.

**Proveedor del Plan:** un Hospital del Plan, Médico del Plan u otro proveedor de atención médica que designemos como Proveedor del Plan, excepto que los Proveedores del Plan estén sujetos a cambios sin previo aviso.

**Servicios:** artículos o servicios de atención médica.

**Servicios de Emergencia:** en relación con un Problema Médico de Emergencia:

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

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

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

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

**Unidad Familiar:** un Suscriptor y todos sus Dependientes.

(Esta página se dejó en blanco intencionalmente).