



guía de
SUS BENEFICIOS Y
SERVICIOS DE 2021



kaiserpermanente.org/espanol

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC.

**EVIDENCIA DE COBERTURA
DEL GRUPO**

MARYLAND

SISTEMA DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN SIGNATURE



Este plan tiene una acreditación Alta por parte del Comité Nacional para Aseguramiento de Calidad (National Committee of Quality Assurance, NCQA).

Consulte la Guía del NCQA de 2021 para obtener más información sobre la acreditación.



**KAISER
PERMANENTE®**

**Kaiser Foundation Health Plan
of the Mid-Atlantic States, Inc.
2101 East Jefferson Street
Rockville, Maryland 20852**

HMO

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

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

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

Si necesita dichos servicios, llame al **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo o por teléfono en: Kaiser Permanente, Appeals and Correspondence Department, Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson St., Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902.

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

En caso de que haya una disputa, las disposiciones de la versión aprobada del formulario en inglés prevalecerán.

AYUDA EN SU IDIOMA

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

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

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

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké ñ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin ñ gbo kpáa. Ɖá **1-800-777-7902** (TTY: **711**)

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

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-777-7902 (TTY: 711)。

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

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

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

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

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

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

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

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

日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-777-7902 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-777-7902 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Naabee hó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih 1-800-777-7902 (TTY: 711).

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

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

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

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.
Tumawag sa 1-800-777-7902 (TTY: 711).

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

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

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-777-7902 (TTY: 711).

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-777-7902 (TTY: 711).

ÍNDICE

SECCIÓN 1: INTRODUCCIÓN A SU PLAN DE SALUD DE KAISER PERMANENTE	1.1
Bienvenido a Kaiser Permanente	1.1
Nuestro Compromiso con la Diversidad y la No Discriminación	1.1
Acerca de este Acuerdo de Grupo	1.1
Cómo Funciona su Plan de Salud	1.2
Kaiser Permanente Signature SM	1.3
Elegibilidad para Este Plan	1.3
Certificación de Dependiente Discapacitado	1.4
Derechos y Responsabilidades de los Miembros: Nuestro Compromiso Mutuo	1.5
Pago de Primas	1.7
Pago de Copagos, Coseguro y Deducibles	1.7
Inscripción Abierta	1.7
Período de Inscripción y Fecha de Vigencia de la Cobertura	1.8
Inscripción Especial Debido a la Recontratación Después del Servicio Militar	1.11
Pruebas Genéticas	1.11
SECCIÓN 2: CÓMO OBTENER LA ATENCIÓN QUE NECESITA	2.1
Cómo Programar y Cancelar Citas y A Quién Llamar	2.1
Instrucciones por Anticipado para Dirigir Su Atención Mientras Está Incapacitado	2.2
Cómo Usar su Tarjeta de Identificación de Kaiser Permanente	2.2
Cómo Elegir a su Médico de Atención Primaria del Plan	2.3
Cómo Obtener una Referencia	2.3
Continuidad de la Atención de Salud para Miembros Nuevos	2.6
Cómo Obtener Servicios de Atención de Emergencia y de Urgencia	2.7
Hospitalizaciones	2.8
Cómo Obtener Ayuda de Nuestros Enfermeros Consejeros	2.8
Cómo Obtener una Segunda Opinión	2.8
Cómo Recibir Atención en Otra Área de Servicio de Kaiser Foundation Health Plan	2.9
Pago Considerado para su Costo Compartido y Cuándo se le Puede Facturar	2.9
SECCIÓN 3: BENEFICIOS, EXCLUSIONES Y LIMITACIONES	3.1
Sus Beneficios	3.1
Lista de Beneficios	3.1
Exclusiones	3.33
Limitaciones	3.36
SECCIÓN 4: SUBROGACIÓN, REDUCCIONES Y COORDINACIÓN DE BENEFICIOS	4.1
Explicación de la Subrogación y de las Reducciones	4.1
Cuando la Enfermedad o la Lesión es Causada por un Tercero	4.1
Compensación del Trabajador o Responsabilidad Civil del Empleador	4.3
Plan de Salud No Responsable por Enfermedades o Lesiones a Terceros	4.3
Incapacidad de Notificar al Plan de Salud de las Partes Responsables	4.3
Solicitud de Pago de las Partes Responsables	4.4
Reducciones Según los Beneficios de Medicare y TRICARE	4.4
Coordinación de Beneficios	4.4
Reglas de Determinación del Orden de los Beneficios	4.5
Servicio Militar	4.7

SECCIÓN 5: REVISIÓN, APELACIONES Y QUEJAS FORMALES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PARA LA SALUD	5.1
Definiciones Importantes _____	5.1
Preguntas Sobre la Revisión, Apelaciones o Quejas Formales del Servicio de Atención para la Salud _____	5.1
El Health Care Service Review Program _____	5.1
Aviso de Reclamación _____	5.3
Solicitud de Pago o Reembolso de un Servicio Cubierto o Reclamación Posterior al Servicio _____	5.3
La Unidad de Defensoría y Educación para la Salud, Oficina del Procurador General _____	5.4
Comisionado de Seguros de Maryland _____	5.5
Nuestro Proceso Interno de Quejas Formales _____	5.6
Nuestro Proceso Interno de Apelación _____	5.9
Cómo Presentar Quejas Sobre el Plan de Salud _____	5.10
SECCIÓN 6: CANCELACIÓN DE LA MEMBRESÍA	6.1
Cancelación de la Membresía _____	6.1
Extensión de los Beneficios _____	6.2
Suspensión de un Producto o de Todos los Productos _____	6.2
Continuación de la Cobertura Grupal Bajo la Ley Federal _____	6.3
Continuación de la Cobertura Bajo la Ley Estatal _____	6.3
SECCIÓN 7: OTRAS DISPOSICIONES IMPORTANTES DE SU PLAN	7.1
Solicitudes y Declaraciones _____	7.1
Cesión _____	7.1
Tarifas y Gastos de Abogados _____	7.1
Certificados _____	7.1
Impugnación _____	7.1
Contratos con Proveedores del Plan _____	7.1
Legislación Aplicable _____	7.2
Acción Legal _____	7.2
Notificaciones Enviadas por Correo _____	7.2
Notificación de Plan de Grupo Sin Derechos Adquiridos por Antigüedad _____	7.2
Recuperación de Exceso de Pago _____	7.3
Prácticas de Privacidad _____	7.3
Acuerdos de Maternidad Subrogada o Gestacional _____	7.3
APÉNDICES	DEF.1
Términos Importantes Que Debe Conocer _____	DEF.1
Resumen de los Servicios y Costos Compartidos _____	CS.1

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

SECCIÓN 1: Introducción a su Plan de Salud de Kaiser Permanente

Bienvenido a Kaiser Permanente

Gracias por elegirnos como su aliado en el cuidado de la salud integral. Kaiser Permanente le proporciona muchos recursos para ayudarle con su salud y bienestar. Este Acuerdo de Grupo y Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) es uno de ellos. Le proporciona un resumen del Plan de salud de su Grupo, incluidos los beneficios a lo que tiene derecho, cómo obtener atención médica, qué servicios están cubiertos y qué parte de los costos de su atención deberá pagar.

Le pedimos que revise su EOC en su totalidad y que se comunique con nosotros si tiene alguna pregunta. Los representantes de Servicio a los Miembros están listos y disponibles para ayudarle, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

También puede visitar nuestro sitio web, www.kp.org/espanol, para programar una cita, seleccionar un Proveedor del Plan, elegir o cambiar su Médico de Atención Primaria del Plan, acceder a valiosos consejos de bienestar y encontrar respuestas a preguntas frecuentes.

Nuevamente, gracias por inscribirse en Kaiser Permanente. ¡Esperamos tener la oportunidad de ayudarle a vivir una vida más feliz y saludable!

Nuestro Compromiso con la Diversidad y la No Discriminación

La diversidad, la inclusión y la atención médica culturalmente competente son características que definen a Kaiser Permanente. Defendemos la causa de la atención inclusiva: una atención que sea respetuosa y sensible a los valores, ideales y tradiciones únicos de las culturas representadas en nuestra población. Nuestra fuerza laboral diversa refleja la diversidad de las personas en las comunidades a las que servimos.

No discriminamos a las personas en nuestras prácticas de empleo ni al proporcionar Servicios de atención para la salud con base en la edad, raza, color, nacionalidad, religión, credo, sexo, orientación sexual, estado civil, identidad de género o discapacidades físicas o mentales.

Acerca de este Acuerdo de Grupo

Una vez que se inscriba en este Acuerdo de Grupo, se vuelve un Miembro. Un Miembro puede ser un Suscriptor o cualquier Dependiente elegible, una vez que esté debidamente inscrito. Algunas veces para referirnos a los Miembros usamos términos como “usted” y “su”. A lo largo de este documento, se hace referencia a Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. como “Plan de Salud”, “nosotros”, “nos”, “nuestro” y “Kaiser Permanente”.

Nota: Bajo ninguna circunstancia se debe interpretar que los términos “usted” o “su” se refieren a cualquier otra persona que no sea el Miembro, incluido cualquier no miembro que lea o interprete este contrato en nombre de un Miembro.

Términos Importantes

Algunos términos en este contrato están en mayúscula porque tienen un significado especial. Consulte la sección ***Términos Importantes Que Debe Conocer*** para familiarizarse con estos términos.

Propósito de este Acuerdo de Grupo y EOC

Esta EOC, incluido el Acuerdo de Grupo grande y cualquier solicitud, cláusula y enmienda adjuntas, tienen tres propósitos importantes, que son:

1. Constituir el contrato completo entre su Grupo y Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.;
2. Proporcionar evidencia de su cobertura de atención médica, y
3. Describir la cobertura de atención médica de Kaiser Permanente SignatureSM proporcionada en virtud de este contrato.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Administración de este Acuerdo de Grupo y EOC

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

Acuerdo de Grupo y EOC Vinculante para Todos los Miembros

Al elegir la cobertura o aceptar los beneficios bajo esta EOC, los Suscriptores legalmente capaces aceptan este contrato y todas las disposiciones incluidas en ella en nombre de ellos mismos y de cualquier Miembro Dependiente que no esté legalmente autorizado para aceptar este contrato por sí mismos.

Enmienda del Acuerdo de Grupo y EOC

Es posible que el Acuerdo de su Grupo con nosotros cambie periódicamente. Si algún cambio afecta este contrato, le notificaremos dicho cambio y le enviaremos una EOC actualizada.

Sin Exención

El hecho de que no hagamos cumplir alguna de las disposiciones de esta EOC no constituirá una exención a dicha disposición ni a ninguna otra, ni perjudicará nuestro derecho posterior a exigir el cumplimiento de cualquier disposición.

Contrato Completo

Este Acuerdo de Grupo reemplaza cualquier Acuerdo de Grupo anterior que podamos haber emitido. El término de esta EOC se basa en el año del contrato de su Grupo y la fecha de vigencia de la cobertura. El administrador de beneficios de su Grupo puede confirmar si esta EOC todavía es válida.

Ningún agente u otra persona, excepto un funcionario del Plan de Salud, tiene la autoridad para:

1. Vincular al Plan de Salud de cualquier manera, verbalmente o de otro modo, al:
 - a. Hacer cualquier promesa o representación, o
 - b. Dar o recibir cualquier información.

Cualquier cambio a este contrato puede no ser válido hasta que:

1. Un funcionario ejecutivo del Plan de Salud lo apruebe, y
2. El respaldo aparezca en el contrato o se adjunte al mismo.

Cómo Funciona su Plan de Salud

El Plan de Salud brinda Servicios de atención para la salud a los Miembros a través de un sistema de atención médica integrado, en lugar de reembolsar los gastos mediante el pago por servicio. Tenga en cuenta la naturaleza del servicio directo al leer este Acuerdo de Grupo y EOC.

Según nuestro contrato con su Grupo, hemos asumido el papel de un fiduciario designado, que es la parte responsable de determinar si usted tiene derecho a los Servicios cubiertos conforme a esta EOC y nos proporciona la autoridad para revisar y evaluar las reclamaciones que surjan bajo esta EOC. Realizamos esta evaluación de manera independiente mediante la interpretación de las disposiciones de esta EOC.

Relaciones Entre las Partes Afectadas por este Acuerdo de Grupo y EOC

Kaiser Permanente se compone de tres entidades: el Plan de Salud, el Grupo Médico y los Hospitales del Plan. Tenga en cuenta que:

1. La relación entre el Plan de Salud y el Grupo Médico y entre el Plan de Salud y los Hospitales del Plan son las de contratistas independientes;
2. Los Proveedores del Plan y los Hospitales del Plan no son agentes ni empleados del Plan de Salud, y
3. Ni el Plan de Salud ni ningún empleado del Plan de Salud es un empleado o agente de los Hospitales del Plan, el Grupo Médico o cualquier Proveedor del Plan.

Además:

1. Los Médicos del Plan mantienen la relación médico y paciente con los Miembros y son los únicos responsables ante los Miembros de todos los Servicios médicos, y
2. Los Hospitales del Plan mantienen la relación hospital y paciente con los Miembros y son los únicos responsables ante los Miembros de todos los Servicios del hospital.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Información del Paciente Obtenida por las Partes Afectadas

La información identificable del paciente de la historia clínica de los Miembros y que reciben los Médicos del Plan o los Hospitales del Plan inherente a la relación médico y paciente u hospital y paciente se mantiene confidencial. La información identificable del paciente no se divulga sin el consentimiento previo de un Miembro, excepto para su uso por parte del Plan de Salud, los Hospitales del Plan, el Grupo Médico o los Médicos del Plan en relación con:

1. La administración de este Acuerdo de Grupo y EOC;
2. El cumplimiento de los requisitos gubernamentales, y
3. La investigación o educación de buena fe.

Responsabilidad por los Montos Adeudados por el Plan de Salud

Los Miembros no son responsables de ningún monto adeudado al Grupo Médico o a los Hospitales del Plan por el Plan de Salud, según lo estipulado en los contratos entre estas entidades.

Kaiser Permanente SignatureSM

Obtener la atención que necesita es fácil. Kaiser Permanente SignatureSM le brinda Servicios de atención para la salud administrados por Proveedores del Plan en nuestros Centros Médicos del Plan, que se encuentran convenientemente ubicados en toda nuestra Área de Servicio. En nuestros Centros Médicos del Plan, equipos integrados de Especialistas, enfermeros y técnicos trabajan junto con su Médico de Atención Primaria del Plan para respaldar su salud y bienestar. Las instalaciones de farmacia, ópticas, laboratorio y radiografías también están disponibles en muchos Centros Médicos del Plan.

Usted debe recibir la atención por parte de Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio, a excepción de:

1. Servicios de Emergencia, como se describe en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**;
2. Servicios de Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio, como se describe en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**;
3. **Continuidad de la Atención de Salud para Miembros Nuevos**, como se describe en la **Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita**;
4. Referencias Autorizadas, como se describe en la **cláusula Cómo Obtener una Referencia** en la **Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita**, incluidas las referencias para Ensayos Clínicos, como se describe en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**, y
5. Servicios Cubiertos recibidos en otras regiones de Kaiser Permanente y áreas de servicio de Group Health Cooperative.

Elegibilidad para Este Plan

Elegibilidad de un Miembro

Los Miembros pueden ser aceptados para la inscripción y la cobertura continua en virtud del presente solo si cumplen todos los siguientes requisitos aplicables.

1. Los requisitos de elegibilidad de su Grupo que hemos aprobado (su Grupo debe informar a los Suscriptores de los requisitos de elegibilidad del Grupo) y cumplir los siguientes requisitos de elegibilidad del Suscriptor o Dependiente.
2. Debe trabajar o residir dentro de nuestra Área de Servicio para ser elegible para este Plan. Sin embargo, el Suscriptor y los hijos elegibles de su Cónyuge o Pareja Doméstica que vivan fuera de nuestra Área de Servicio pueden ser elegibles para inscribirse si usted debe cubrirlos en conformidad con cualquier orden judicial, acuerdo aprobado por el tribunal u otro nombramiento testamentario. Un Dependiente que asiste a una escuela fuera de nuestra Área de Servicio y cumple con los requisitos de elegibilidad que se enumeran a continuación en **Dependientes** también es elegible para la inscripción. Sin embargo, los únicos Servicios cubiertos fuera de nuestra Área de Servicio son:
 - a. Servicios de Emergencia;
 - b. Servicios de Atención de Urgencia;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

- c. Servicios recibidos en relación con una referencia aprobada, a menos que elija llevar al Dependiente dentro de nuestra Área de Servicio para recibir los Servicios cubiertos, y
- d. Ensayos clínicos aprobados.

2. Suscriptores

Usted es elegible para inscribirse si es empleado de un empleador grande y ese empleador grande le ofrece cobertura bajo este Plan de Salud como empleado elegible, con base en los requisitos de elegibilidad de su Grupo, que hemos aprobado previamente (por ejemplo, usted es un empleado de su Grupo que trabaja al menos el número de horas especificado en dichos requisitos). A opción del empleador grande, un empleado elegible puede incluir:

- a. Solo empleados de tiempo completo, o
- b. Tanto los empleados de tiempo completo como los empleados de medio tiempo.

3. Dependientes

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

- a. Su Cónyuge o Pareja Doméstica legal;
- b. Usted o el hijo Dependiente de su Cónyuge o Pareja Doméstica que sea menor del límite de edad especificado en el ***Resumen de Servicios y Costos Compartidos*** y que sea:
 - i. Un hijo biológico, hijastro o hijo adoptivo;
 - ii. Un niño adoptado legalmente o, desde la fecha de colocación, un niño en proceso de adopción;
 - iii. Un nieto bajo tutela testamentaria o designada por el tribunal del Suscriptor o del Cónyuge o Pareja Doméstica del Suscriptor;
 - iv. Un niño para el cual usted o su Cónyuge o Pareja Doméstica han recibido la custodia legal (que no sea la custodia como resultado de una tutela), o
 - v. Un niño para quien usted o su Cónyuge o Pareja Doméstica tienen la obligación legal de proporcionar cobertura en conformidad con una orden de manutención u otra orden judicial o acuerdo aprobado por la corte o nombramiento testamentario.

Un hijo soltero que está cubierto como Dependiente cuando alcanza el límite de edad especificado en el ***Resumen de Servicios y Costos Compartidos*** puede ser elegible para la cobertura como Dependiente discapacitado si cumple todos los siguientes requisitos:

1. Es incapaz de tener un empleo que le permita mantenerse debido a una incapacidad física o mental que ocurrió antes de alcanzar el límite de edad para Dependientes;
2. Para su apoyo y manutención, depende principalmente de usted o de su Cónyuge o Pareja Doméstica, y
3. Usted nos proporciona prueba de su incapacidad y dependencia de acuerdo con los requisitos de ***Certificación de Dependiente Discapacitado*** en esta sección.

Certificación de Dependiente Discapacitado

Un hijo soltero que está cubierto como Dependiente cuando alcanza el límite de edad especificado en el ***Resumen de Servicios y Costos Compartidos*** puede ser elegible para la cobertura como Dependiente discapacitado, como se describe con más detalle en esta sección. Se debe presentar prueba de la incapacidad y dependencia cuando la solicite el Plan de Salud de la siguiente manera:

1. Si su Dependiente es un Miembro y alcanza el límite de edad especificado en el ***Resumen de Servicios y Costos Compartidos***, le enviaremos un aviso de cancelación de su membresía debido a la pérdida de elegibilidad bajo este Plan al menos noventa (90) días antes de la fecha en que finalizará la cobertura. La membresía de su Dependiente se cancelará como se describe en nuestro aviso, a menos que nos proporcione la documentación de su incapacidad y dependencia. Una vez que se reciba la prueba de incapacidad y dependencia, determinaremos si es elegible como Dependiente discapacitado. Si nos proporciona prueba de incapacidad y dependencia:
 - a. Antes de la fecha de cancelación en el aviso y no tomamos una determinación de elegibilidad antes de la fecha de cancelación, la cobertura del Dependiente continuará hasta que tomemos una determinación.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

- b. Dentro de los sesenta (60) días posteriores a que el Dependiente alcance la edad límite y determinamos que su Dependiente es elegible como Dependiente discapacitado, entonces no habrá ningún intervalo en la cobertura.
2. Si determinamos que el Dependiente no reúne los requisitos de elegibilidad como Dependiente discapacitado, le notificaremos que no es elegible y le informaremos cuál es la fecha de cancelación de la membresía de su hijo.
3. A partir de los dos (2) años posteriores a que su Dependiente alcance la edad límite, usted debe proporcionarnos una prueba de su incapacidad y dependencia continua anualmente. La prueba debe recibirse dentro de los sesenta (60) días posteriores a nuestra solicitud. Una vez recibida, determinaremos si sigue siendo elegible como Dependiente discapacitado. Nos reservamos el derecho de solicitar pruebas de la incapacidad y dependencia de su Dependiente con menos frecuencia que una vez al año; sin embargo, la prueba de todos modos debe recibirse dentro de los sesenta (60) días posteriores a nuestra solicitud.

Derechos y Responsabilidades de los Miembros: Nuestro Compromiso Mutuo

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

Derechos de los Miembros

Como Miembro de Kaiser Permanente, usted tiene derecho a:

1. **Recibir información que le permita involucrarse en la toma de decisiones respecto a su atención médica. Esto incluye el derecho a:**
 - a. Participar activamente en las discusiones y las decisiones relacionadas con sus opciones de atención médica;
 - b. Recibir información sobre la naturaleza de su estado de salud o su condición y recibir ayuda para entenderla, lo cual incluye todas las opciones para tratar o no tratar su condición, según corresponda, y los riesgos que implica cada una, sin importar su costo o los beneficios que represente;
 - c. Recibir información y capacitación pertinentes que le ayuden a mejorar su seguridad durante el tratamiento;
 - d. Obtener información sobre los resultados de la atención médica que reciba, incluidos los resultados no anticipados. Los miembros de su familia u otras personas que usted haya designado recibirán dicha información, cuando corresponda;
 - e. Rechazar el tratamiento, siempre y cuando acepte la responsabilidad y las consecuencias de su decisión;
 - f. Darle a alguien en quien confie la autoridad legal necesaria para tomar decisiones por usted si alguna vez no puede tomarlas por sí mismo. Para hacerlo, debe llenar y presentar sus instrucciones por anticipado, un poder notarial para la atención médica, un testamento vital o alguna otra instrucción en cuanto a los tratamientos de atención médica. Puede anular o modificar estos documentos en cualquier momento;
 - g. Recibir información acerca de los proyectos de investigación que pueden afectar su atención médica o el tratamiento. Tiene derecho a participar en proyectos de investigación, y
 - h. Acceder a su historia clínica y a cualquier información que le concierna, a menos que lo prohíba la ley. Esto incluye el derecho a pedirnos que agreguemos información o hagamos correcciones a su historia clínica. Revisaremos su solicitud con base en las leyes federales y estatales aplicables para determinar si las adiciones solicitadas son apropiadas. Si aprobamos su solicitud, corregiremos o agregaremos la información correspondiente a su información médica protegida. Si rechazamos su solicitud, le diremos por qué lo hicimos y le explicaremos su derecho a presentar una declaración de desacuerdo por escrito. Se le pedirá a usted o a su representante autorizado que proporcione un permiso por escrito antes de que los registros del Miembro sean divulgados, a menos que la ley indique lo contrario.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

2. **Recibir información sobre Kaiser Permanente y su Plan de Salud. Esto incluye el derecho a:**
 - a. Recibir la información que necesita para elegir o cambiar de Médico de Atención Primaria del Plan, incluidos los nombres, los niveles profesionales y las certificaciones de los médicos que lo atienden o tratan;
 - b. Recibir información sobre Kaiser Permanente, nuestros Servicios, nuestros Proveedores y profesionales médicos, así como los derechos y las responsabilidades que usted tiene como Miembro. También puede hacer recomendaciones con respecto a las políticas de responsabilidades y derechos de los miembros de Kaiser Permanente;
 - c. Recibir información acerca de los acuerdos financieros con los médicos que podrían afectar el uso de los Servicios que podría necesitar;
 - d. Recibir Servicios de Emergencia cuando usted, como persona prudente que es y que actúa razonablemente, hubiera pensado que existía una condición médica de emergencia;
 - e. Recibir cobertura para los Servicios de urgencia que necesite cuando viaje fuera del Área de Servicio de Kaiser Permanente;
 - f. Recibir información sobre qué Servicios están cubiertos y qué Servicios debe pagar, y examinar la explicación de cualquier factura por los Servicios que no están cubiertos, y
 - g. Presentar una queja, queja formal o apelación respecto a Kaiser Permanente o a la atención que recibió sin miedo a sufrir represalias o discriminación, esperar que los problemas se analicen de manera justa y obtener un acuse de recibo y una resolución de manera oportuna.
3. **Recibir atención y Servicios profesionales. Esto incluye el derecho a:**
 - a. Ver a los Proveedores del Plan, obtener los servicios de atención para la salud cubiertos y recibir sus medicamentos recetados en un período razonable y de manera eficiente, rápida, atenta y profesional;
 - b. Pedir que su atención médica, historia clínica e información médica protegida (protected health information, PHI) sean confidenciales y se manejen de manera que se respete su privacidad;
 - c. Ser tratado con respeto y dignidad;
 - d. Solicitar que un miembro del personal esté presente para acompañarlo durante las citas o los exámenes médicos;
 - e. Conocer y ejercer sus derechos y responsabilidades sin ningún tipo de discriminación por su edad, sexo, orientación sexual, raza, origen étnico, religión, discapacidad, condición médica, país de origen, antecedentes educativos, habilidades de lectura, capacidad de hablar o leer en inglés, o estado económico o de salud, incluidas las discapacidades mentales o físicas que pudiera tener;
 - f. Solicitar Servicios de interpretación en su idioma principal sin cargo, y
 - g. Recibir atención médica en centros que ofrezcan un entorno seguro y accesible para todos.

Responsabilidades de los Miembros

Como Miembro de Kaiser Permanente, usted tiene la responsabilidad de:

1. **Promover su propia buena salud:**
 - a. Participar activamente en su atención médica y tener hábitos saludables;
 - b. Elegir un Médico de Atención Primaria del Plan. Puede elegir un médico cuya especialidad sea medicina interna, pediatría o medicina familiar como su Médico de Atención Primaria del Plan. También puede elegir un ginecoobstetra (Obstetrics & Gynecology, OB/GYN) personal además del Médico de Atención Primaria del Plan;
 - c. Dar a su médico o a cualquier otro profesional de la salud que lo atienda la información más precisa y completa que pueda sobre sus antecedentes de salud y su condición de salud;
 - d. Trabajar con nosotros para ayudarlo a comprender sus problemas de salud y desarrollar metas de tratamiento de acuerdo mutuo;
 - e. Hablar con su médico o profesional de la salud si tiene preguntas, si no entiende o si no está de acuerdo con cualquier aspecto de su tratamiento médico;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

- f. Hacer todo lo que esté a su alcance para mejorar su salud siguiendo el plan de tratamiento y las instrucciones que su Médico de Atención Primaria del Plan o profesional de la salud le recomiende;
 - g. Programar las citas de atención médica que su Médico de Atención Primaria del Plan o profesional de la salud le recomiende;
 - h. Acudir a las citas programadas o cancelarlas con la mayor anticipación posible.
2. **Conocer y comprender su Plan y sus beneficios:**
- a. Leer sobre sus beneficios de atención médica en este contrato y familiarizarse con ellos. Si tiene preguntas o inquietudes, llámenos;
 - b. Pagar las Primas de su Plan y traer dinero a la consulta para pagar el Copago, Coseguro o Deducible, cuando corresponda;
 - c. Hacernos saber si tiene alguna pregunta, inquietud, problema o sugerencia;
 - d. Informarnos si tiene algún otro seguro médico o cobertura de medicamentos recetados, e
 - e. Informar a cualquier red o proveedor no participante por parte del cual reciba atención que está inscrito en nuestro Plan.
3. **Promover el respeto y la seguridad de los demás:**
- a. Tratar a los demás con la misma cortesía y respeto que espera recibir usted cuando solicita Servicios de atención para la salud, y
 - b. Para garantizar un ambiente seguro para los otros miembros, el personal y los médicos, evitar amenazar o perjudicar a los demás.

Pago de Primas

Los Miembros tienen derecho a la cobertura de atención médica solo durante el período durante el cual el Plan de Salud ha recibido la Prima correspondiente de su Grupo. Usted es responsable de pagar cualquier contribución requerida a la Prima, según lo determine y requiera su Grupo. Su Grupo le indicará la cantidad que debe y cómo se la pagará a su Grupo. Por ejemplo: Una deducción de nómina.

Pago de Copagos, Coseguro y Deducibles

Además de su pago mensual de la Prima, es posible que también deba pagar un Costo Compartido cuando reciba ciertos Servicios cubiertos. Un Costo Compartido puede consistir en un Copago, Coseguro, Deducible o una combinación de estos. Los Copagos deben pagarse en el momento en que usted recibe el Servicio. Se le facturará cualquier Deducible o Coseguro que adeude.

Hay límites al monto total de Copagos, Coseguro y Deducibles que debe pagar durante el año del contrato. Este límite se conoce como Gasto Máximo de Bolsillo.

Cualquier Copago, Coseguro o Deducible aplicable que se le puedan pedir que pague, junto con el Gasto Máximo de Bolsillo, se indicará en el *Resumen de Servicios y Costos Compartidos*, que se adjunta a esta EOC.

El Plan de Salud mantendrá registros precisos de los Costos Compartidos de cada Miembro y notificará al Miembro por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que haya alcanzado el Gasto Máximo de Bolsillo. Una vez que haya pagado el Gasto Máximo de Bolsillo por los Servicios recibidos dentro del año del contrato, el Plan de Salud no cobrará ningún Copago, Coseguro o Deducible adicional por el resto del año del contrato. Reembolsaremos de inmediato el Copago, el Coseguro o el Deducible de un Miembro si se cargó después de que se alcanzó el Gasto Máximo de Bolsillo.

Inscripción Abierta

Al enviar una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo durante el período de inscripción abierta, puede inscribirse:

1. Usted, como Suscriptor nuevo, junto con cualquiera de sus Dependientes elegibles, o
2. A los Dependientes elegibles, si usted ya es un Suscriptor existente.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Período de Inscripción y Fecha de Vigencia de la Cobertura

Cuando el Plan de Salud proporciona su período de inscripción abierta anual, comenzará al menos treinta (30) días antes del primer día del año del contrato. El período de inscripción abierta se extenderá por un mínimo de treinta días. Durante el período de inscripción abierta anual, un empleado elegible puede inscribirse o descontinuar la inscripción en este plan de beneficios de salud; o cambiar su inscripción de este plan de beneficios de salud a un plan de beneficios de salud diferente ofrecido por el empleador grande.

Su Grupo le avisará cuando inicie y termine el período de inscripción abierta. Su membresía entrará en vigencia a las 12 a. m. Hora del Este (la hora en la ubicación de la oficina administrativa del administrador en 2101 East Jefferson Street, Rockville, Maryland 20852) el primer día del año del contrato.

Empleados Nuevos y sus Dependientes

Los empleados que sean elegibles fuera del período de inscripción abierta anual pueden inscribirse ellos mismos y cualquier Dependiente elegible treinta y un (31) días a partir de la fecha en que el empleado se vuelve elegible por primera vez.

El Grupo le notificará a usted y a cualquier Dependiente inscrito de su fecha de vigencia de la membresía si esa fecha es diferente a la fecha de vigencia del Acuerdo de Grupo especificado en la *Hoja de Descripción del Contrato*, o si es diferente de las fechas especificadas en *Inscripción Especial Debido a Nuevos Dependientes*, a continuación.

Inscripción Especial

Solo puede inscribirse durante la inscripción abierta anual descrita anteriormente, a menos que se cumpla una de las siguientes condiciones. Usted:

1. Es elegible para un período de inscripción especial, como se describe en esta sección, o
2. No se inscribió en ninguna cobertura ofrecida por su Grupo cuando reunió los requisitos por primera vez y su Grupo no nos ha entregado una declaración por escrito que demuestre que usted firmó un documento que explicaba las restricciones relacionadas con la inscripción en un momento posterior. La fecha de vigencia de la inscripción que sea resultado de esta cláusula será antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de cambio de inscripción aprobada por el Plan de Salud de parte del Suscriptor.

Inscripción Especial Debido a Dependientes Nuevos

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con uno o todos los Dependientes elegibles), y los Suscriptores existentes pueden agregar uno o todos los Dependientes elegibles, en el plazo de treinta y un (31) días posteriores al matrimonio o Pareja de Hecho, nacimiento, adopción o puesta en adopción si envía a su Grupo una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud.

La fecha de vigencia de una inscripción como resultado de Dependientes recién adquiridos será:

1. **Para el nuevo Cónyuge o pareja de hecho**, a más tardar el primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo recibe una solicitud de inscripción del Suscriptor.
2. **Para los recién nacidos, el momento del nacimiento**. Si se requiere el pago de una Prima adicional para brindar cobertura al hijo recién nacido, entonces, para que la cobertura continúe más allá de los treinta y un (31) días a partir de la fecha del nacimiento, se debe proporcionar una notificación del nacimiento y el pago de la Prima adicional dentro de treinta y un (31) días posteriores a la fecha del nacimiento; de lo contrario, la cobertura para el recién nacido terminará treinta y un (31) días después de la fecha del nacimiento.
3. **Para los hijos, hijastros, nietos o hijos adoptivos que se vuelven elegibles a través del matrimonio del Suscriptor, la fecha del matrimonio**. Si se requiere el pago de una Prima adicional para brindar cobertura a los niños, entonces, para que la cobertura continúe más allá de los treinta y un (31) días a partir de la fecha de elegibilidad, se debe proporcionar una notificación de elegibilidad y el pago de la Prima adicional dentro de treinta y un (31) días posteriores a la

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

fecha de elegibilidad; de lo contrario, la cobertura para los niños recién elegibles terminará treinta y un (31) días después de la fecha de elegibilidad.

4. **Para los hijos, hijastros, nietos o hijos adoptivos que se vuelven elegibles a través del nuevo acuerdo de Pareja Doméstica del Suscriptor, la fecha de la Declaración Jurada de Pareja de Hecho firmada.** Si se requiere el pago de una Prima adicional para brindar cobertura a los niños, entonces, para que la cobertura continúe más allá de los treinta y un (31) días a partir de la fecha de elegibilidad, se debe proporcionar una notificación de elegibilidad y el pago de la Prima adicional dentro de treinta y un (31) días posteriores a la fecha de elegibilidad; de lo contrario, la cobertura para los niños recién elegibles terminará treinta y un (31) días después de la fecha de elegibilidad.
5. **Para los hijos adoptados recientemente (incluidos los hijos entregados en adopción recientemente), la “fecha de adopción”.** La “fecha de adopción” significa la primera de: (1) un decreto judicial de adopción, o (2) la asunción de la custodia o la colocación con el Suscriptor o el Cónyuge o Pareja Doméstica del Suscriptor, en espera de la adopción de un posible hijo adoptivo por un posible padre adoptivo. Si se requiere el pago de una Prima adicional para brindar cobertura al niño, entonces, para que la cobertura continúe más allá de los treinta y un (31) días a partir de la fecha de la adopción, se debe proporcionar una notificación de la adopción y el pago de la Prima adicional dentro de treinta y un (31) días posteriores a la fecha de la adopción; de lo contrario, la cobertura para el hijo recién adoptado terminará treinta y un (31) días después de la fecha de la adopción.
6. **En el caso de un nieto recién elegible, la fecha en que el nieto se coloca bajo su custodia o la de su Cónyuge o Pareja Doméstica.** Si se requiere el pago de una Prima adicional para brindar cobertura al niño, entonces, para que la cobertura continúe, se debe proporcionar una notificación de la custodia ordenada por un tribunal y el pago de la Prima adicional dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la fecha de la custodia ordenada por un tribunal; de lo contrario, la cobertura termina treinta y un (31) días después de la fecha de la custodia ordenada por un tribunal.

Inscripción Especial para Niños Debido a una Orden

Si está inscrito como Suscriptor y una orden judicial o administrativa requiere que proporcione cobertura para un hijo Dependiente, puede inscribir al niño en cualquier momento de conformidad con los requisitos especificados en §15-405(f) del Artículo de Seguros de Maryland. Debe enviar una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud junto con una copia de la orden a su empleador.

La fecha de vigencia de la membresía para los niños que son recientemente elegibles para la cobertura como resultado de una orden judicial o administrativa recibida por usted o su Cónyuge o Pareja Doméstica será la fecha especificada en la orden judicial o administrativa.

Si se requiere el pago de una Prima adicional para brindar cobertura al niño, se puede proporcionar una notificación de orden de la corte o administrativa en cualquier momento, pero el pago de la Prima adicional se debe proporcionar dentro de los treinta y un (31) días posteriores a la inscripción del niño; de lo contrario, la inscripción del niño será nula. Se permitirá la inscripción de dicho niño de acuerdo con la Sección 15-405(c) del Artículo de Seguros que establece lo siguiente:

1. Un padre asegurador puede inscribirse en la cobertura de un miembro de la familia e incluir al niño en esa cobertura independientemente de las restricciones del período de inscripción;
2. Un padre no asegurador, una agencia de manutención infantil o el Departamento de Salud de Maryland (Maryland Department of Health, MDH) pueden solicitar cobertura de seguro médico en nombre del niño e incluir al niño en la cobertura independientemente de las restricciones del período de inscripción, y
3. El Plan de Salud no puede cancelar la cobertura de seguro médico para un niño elegible bajo esta subsección a menos que se proporcione evidencia por escrito de que:
 - a. La Orden ya no está en vigor;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

- b. El niño ha estado o estará inscrito en otra cobertura de seguro de salud razonable que entrará en vigor en la fecha efectiva de cancelación o antes;
- c. El empleador ha eliminado la cobertura de miembros de la familia para todos los empleados, o
- d. El empleador ya no emplea al padre asegurador, excepto que el padre elija inscribirse en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), se proporcionará cobertura para el niño de acuerdo con el plan del empleador para la cobertura de seguro médico posterior al empleo para dependientes bajo la COBRA.

Si no está inscrito en el momento en que recibamos una orden judicial o administrativa para brindar cobertura para un hijo Dependiente, lo inscribiremos tanto a usted como al niño, sin tener en cuenta las restricciones del período de inscripción, de conformidad con los requisitos y períodos de tiempo especificados por §15-405(f) y (g) del Artículo de Seguros de Maryland.

Inscripción Especial Debido a la Pérdida de Otra Cobertura

Al enviar una solicitud de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo dentro de los treinta (30) días posteriores a la pérdida de la cobertura de una persona de la que depende para la cobertura, puede inscribirse:

1. Usted, como Suscriptor nuevo, junto con cualquiera de sus Dependientes elegibles, o
2. A los Dependientes elegibles, si usted ya es un Suscriptor existente, siempre que:
 - a. La persona que inscribe o al menos uno (1) de los Dependientes tenía otra cobertura cuando rechazó previamente toda la cobertura a través de su Grupo, y
 - b. La pérdida de la otra cobertura se debe a:
 - i. El agotamiento de la cobertura de la COBRA o Continuación de la Cobertura según la ley de Maryland;
 - ii. La cancelación de las contribuciones del empleador para la cobertura que no es de la COBRA; sin embargo, el período de inscripción especial sigue siendo aplicable incluso si la otra cobertura continúa porque la persona que inscribe está pagando los montos pagados anteriormente por el empleador;
 - iii. La pérdida de elegibilidad para la cobertura que no es de la COBRA, pero no la cancelación con causa ni la cancelación de un plan individual (no de grupo) por falta de pago.
 - a) Por ejemplo, esta pérdida de elegibilidad puede deberse a una separación legal o a un divorcio, a que se alcanzó el límite de edad para los hijos dependientes, o la muerte, la pérdida del empleo o la reducción de las horas de empleo;
 - iv. La pérdida de elegibilidad para la cobertura de Medicaid o la cobertura del Child Health Insurance Program (CHIP), pero no la cancelación por causa, o
 - v. Se alcanzó una cantidad máxima de cobertura vitalicia en todos los beneficios.

Nota: Si se inscribe usted como Suscriptor junto con al menos un (1) Dependiente elegible, solo uno (1) de los dos debe cumplir los requisitos mencionados anteriormente.

Para solicitar la inscripción, el Suscriptor debe presentar una solicitud de inscripción o cambio de inscripción aprobada por el Plan de Salud a su Grupo en el plazo de treinta y un (31) días a partir de la pérdida de la otra cobertura, a menos que el límite de tiempo para presentar la solicitud sea de sesenta (60) días si está solicitando una inscripción debido a la pérdida de elegibilidad de la cobertura de Medicaid o CHIP. La fecha de vigencia de una inscripción que resulte de la pérdida de otra cobertura será antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de inscripción o cambio de inscripción de parte del Suscriptor.

Inscripción Especial Debido a la Elegibilidad para Subsidio de Medicaid o CHIP

Puede inscribirse como Suscriptor (junto con un o todos los Dependientes elegibles), y los Suscriptores existentes pueden agregar uno o todos los Dependientes elegibles, si el Suscriptor o al menos uno de los Dependientes que se inscriben se vuelve elegible para recibir un subsidio bajo Medicaid o CHIP. Para solicitar la inscripción, el Suscriptor debe presentar una solicitud de inscripción o cambio de inscripción

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

aprobada por el Plan de Salud a su Grupo en el plazo de sesenta (60) días a partir de que se determine que el Suscriptor o Dependiente es elegible para el subsidio.

La fecha de vigencia de la inscripción que sea resultado de la elegibilidad para el subsidio de Medicaid o CHIP será antes del primer día del mes siguiente a la fecha en que su Grupo reciba una solicitud de inscripción o cambio de inscripción de parte del Suscriptor.

Inscripción Especial Debido a la Recontratación Después del Servicio Militar

Si canceló su cobertura de atención médica porque lo llamaron a servicio activo en el servicio militar, es posible que pueda volver a inscribirse en el Plan de Salud de su Grupo si lo determina la ley estatal o federal. Solicite más información a su Grupo.

Pruebas Genéticas

No usaremos, requeriremos ni solicitaremos una prueba genética, los resultados de una prueba genética, información genética o Servicios genéticos con el propósito de rechazar, limitar, cancelar o negarnos a renovar una póliza o contrato de seguro médico. Además, la información genética o la solicitud de dicha información no se usará para aumentar las tarifas o afectar los términos o condiciones de, o afectar de otro modo, la cobertura de un Miembro.

No divulgaremos información genética identificable o los resultados de una prueba genética sin la autorización previa por escrito del Miembro de quien se obtuvieron los resultados de la prueba o la información genética a:

1. Cualquier persona que no sea un empleado del Plan de Salud, o
2. Un Proveedor del Plan que esté involucrado de manera activa en la atención médica del Miembro.

Tal como se describe en esta disposición, la información genética incluirá información genética de:

1. Un feto llevado por una Miembro o una miembro de la familia de un Miembro que está embarazada, y
2. Un embrión mantenido legalmente por una Miembro o una miembro de la familia de un Miembro que usa una tecnología de reproducción asistida.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

SECCIÓN 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita

Lea la siguiente información para saber quiénes y qué grupo de proveedores pueden proporcionarle atención médica.

Cuando se inscribe en el Plan de Salud, está seleccionando nuestro sistema de atención médica para proporcionarle atención médica. Usted debe recibir su atención por parte de Proveedores del Plan dentro del Área de Servicio, a excepción de:

1. Servicios de Emergencia, como se describe en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**;
2. Servicios de Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio, como se describe en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**;
3. **Continuidad de la Atención de Salud para Miembros Nuevos**, como se describe en esta sección;
4. Referencias aprobadas, como se describe en **Cómo Obtener una Referencia** de esta sección, incluidas las referencias para Ensayos Clínicos, como se describe en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**, y
5. Servicios Cubiertos recibidos en otras regiones de Kaiser Permanente y áreas de servicio de Group Health Cooperative.

Cómo Programar y Cancelar Citas y A Quién Llamar

En Kaiser Permanente, estamos disponibles para ayudarle a obtener la atención que necesita. En caso de que experimente una afección médica o necesite nuestra ayuda, comuníquese al número correspondiente a continuación.

Emergencias Médicas

- Si considera que tiene una emergencia médica, llame al 911, si está disponible.

Consejos Médicos

- Si no está seguro de su condición y necesita un consejo médico inmediato, llámenos al 1-800-677-1112. También debe llamar a este número en caso de que lo hospitalicen de emergencia. Requerimos un aviso dentro de las 48 horas posteriores, o tan pronto como sea razonablemente posible, de cualquier hospitalización de emergencia.

Cómo Programar o Cancelar Citas

Para programar o cancelar una cita, visítenos en línea en www.kp.org/espanol.

También puede programar o cancelar una cita con un Médico de Atención Primaria del Plan en uno de los Centros Médicos de nuestro Plan por teléfono. Para hacerlo, tenga su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente con usted y comuníquese con nosotros al 1-800-777-7904 o al 711 (TTY). Estamos disponibles para ayudarle las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si su Médico de Atención Primaria del Plan está en nuestra Red de Proveedores del Plan, pero no se encuentra en un Centro Médico del Plan, comuníquese directamente con su consultorio para obtener ayuda para programar o cancelar una cita. El número de teléfono de su consultorio se encuentra en su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

Cómo Elegir o Cambiar su Médico de Atención Primaria del Plan

Le recomendamos que elija un Médico de Atención Primaria del Plan si aún no lo ha hecho. Para obtener más información, consulte **Cómo Elegir su Médico de Atención Primaria del Plan** en esta sección.

Puede elegir o cambiar su Médico de Atención Primaria del Plan en cualquier momento, por cualquier motivo, visitando www.kp.org/doctor (en inglés). En el sitio web, puede conocer todos los perfiles de médicos y seleccionar un médico que se adapte a sus necesidades.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

También puede elegir o cambiar su Médico de Atención Primaria del Plan por teléfono comunicándose con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Servicio al Cliente

Queremos que esté satisfecho con su atención médica. Los representantes de Servicio a los Miembros están disponibles para ayudarle con preguntas sobre su Plan, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Los representantes de Servicio a los Miembros también están disponibles en la mayoría de los Centros Médicos de nuestro Plan. También puede preguntarle a su Médico de Atención Primaria del Plan u otros profesionales de la salud en relación con los problemas que pueda tener.

Instrucciones por Anticipado para Dirigir Su Atención Mientras Está Incapacitado

Las instrucciones por anticipado son formularios legales que le ayudan a controlar el tipo de atención médica que recibirá si se enferma gravemente o está inconsciente. Le pedimos que considere los beneficios de completar:

1. Un poder notarial para la atención médica, que le permite designar a una persona para que tome decisiones relacionadas con su atención médica en caso de que usted no pueda expresarse por sí mismo. Además, le permite expresar por escrito su punto de vista sobre el soporte vital y otros tratamientos, y
2. El testamento vital y la Declaración de deseos ante muerte natural para los médicos, que le permiten escribir sus deseos sobre recibir soporte vital y otros tratamientos.

Para obtener información adicional sobre las instrucciones por anticipado, incluido cómo obtener formularios e instrucciones, visítenos en línea en www.kp.org/espanol o comuníquese con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Cómo Usar su Tarjeta de Identificación de Kaiser Permanente

Tarjeta de Identificación Digital de Kaiser Permanente

Administrar su atención médica es cómodo con la aplicación móvil de Kaiser Permanente. La aplicación le da acceso a su tarjeta de identificación digital de Kaiser Permanente, que le permite registrarse para sus citas, recoger medicamento recetados y proporcionar su información de membresía, todo con su teléfono inteligente. Para acceder a su tarjeta de identificación digital de Kaiser Permanente:

1. Inicie sesión en la aplicación móvil de Kaiser Permanente, y
2. Seleccione “Member ID Card” (“Tarjeta de identificación de Miembro”) de las opciones del menú.

Nota: Verifique que la aplicación móvil de Kaiser Permanente esté disponible en su teléfono inteligente e inicie sesión antes de llegar a su cita. Además, la disponibilidad de la tarjeta de identificación digital de Kaiser Permanente está limitada a ciertos tipos de Planes y no reemplaza la tarjeta física. Cada Miembro también recibirá una tarjeta de identificación física de Kaiser Permanente.

Cómo Usar su Tarjeta de Identificación de Kaiser Permanente

Su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente se usa únicamente para fines de identificación. Contiene su nombre, número de historia clínica y nuestra información de contacto. Cuando visite un Centro del Plan, tenga a la mano su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y una identificación con fotografía válida. Se le pedirá que muestre ambas cuando se registre.

Su número de historia clínica se usa para identificar su historia clínica y su estado como Miembro. Debe tener siempre el mismo número de historia clínica.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Si necesita reemplazar su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, o si alguna vez le emitimos más de un (1) número de historia clínica, infórmenos comunicándose con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Nota: Permitir que otra persona use su tarjeta de identificación resultará en el decomiso de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y puede resultar en la cancelación de su estado como Miembro.

Cómo Elegir a su Médico de Atención Primaria del Plan

Le recomendamos que elija un Médico de Atención Primaria del Plan cuando se inscriba. Él o ella desempeñará un papel importante en la coordinación de sus Servicios de atención para la salud, incluidas las hospitalizaciones y las referencias a especialistas. Además, su Médico de Atención Primaria del Plan y los Proveedores del Plan trabajarán en equipo, junto con usted, para garantizar la continuidad de la atención de salud y los cursos de tratamiento adecuados desde el punto de vista médico.

Cada Miembro de su familia debe seleccionar un Médico de Atención Primaria del Plan. Si usted no selecciona un Médico de Atención Primaria del Plan cuando se inscriba, nosotros le asignaremos uno que se encuentre cerca de su hogar. Puede seleccionar o cambiar su Médico de Atención Primaria del Plan en cualquier momento visitándonos en línea en www.kp.org/espanol o comunicándose con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Los Médicos de Atención Primaria del Plan se encuentran dentro de nuestros Centros Médicos del Plan.

Nuestro Directorio de Proveedores está disponible en línea en www.kp.org/espanol y se actualiza dos veces al mes. También se le proporciona una lista anual de todos los Médicos de Atención Primaria del Plan.

Puede seleccionar un Médico de Atención Primaria del Plan, que esté disponible para aceptar Miembros nuevos, de las siguientes áreas: medicina interna, medicina familiar y pediatría. Dentro de pediatría, puede seleccionar un pediatra alopático u osteopático como el Médico de Atención Primaria del Plan para su hijo. Además de seleccionar un Médico de Atención Primaria del Plan, las Miembros pueden elegir un Médico del Plan que ejerza en la especialidad de obstetricia o ginecología (OB/GYN) como su OB/GYN personal.

Cómo Obtener una Referencia

Nuestros Proveedores del Plan ofrecen atención médica primaria, pediátrica y obstétrica y ginecológica (OB/GYN), así como atención especializada en áreas como cirugía general, cirugía ortopédica, dermatología y otras especialidades médicas. Si su Médico de Atención Primaria del Plan decide que necesita Servicios cubiertos de un Especialista, se le referirá (como se describe con más detalle en esta EOC) a un Proveedor del Plan en su red de proveedores SignatureSM que es un Especialista que puede proporcionarle la atención que necesita. Todas las referencias estarán sujetas a revisión y aprobación (autorización) de acuerdo con los términos de esta EOC. Le notificaremos cuando se complete nuestra revisión.

Si su Proveedor del Plan decide que necesita Servicios cubiertos que no están disponibles con nosotros, lo referirá a un Proveedor fuera del Plan dentro o fuera de nuestra Área de Servicio. Para que podamos cubrir los Servicios, deberá tener una referencia aprobada para el Proveedor fuera del Plan.

Los Copagos o los Coseguros para los Servicios de referencia aprobados que proporciona un Proveedor fuera del Plan son los mismos que los requeridos para los Servicios que proporciona un Proveedor del Plan.

Cualquier estudio de radiología adicional, servicios de laboratorio o servicios de cualquier otro profesional no mencionado en la referencia no están autorizados y no serán reembolsados. Si el Proveedor fuera del Plan recomienda Servicios no indicados en la referencia aprobada, su Médico de Atención Primaria del Plan trabajará con usted para determinar si un Proveedor del Plan puede proporcionar esos Servicios.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Nuestros centros de atención incluyen los Centros Médicos del Plan y los centros de atención especializada, como centros de imágenes diagnósticas, ubicados dentro de nuestra Área de Servicio. Recibirá la mayoría de los Servicios cubiertos que necesita de manera rutinaria en estos centros de atención, a menos que tenga una referencia aprobada para otro Proveedor del Plan.

Cuando necesite Servicios cubiertos autorizados en un Hospital del Plan, se le referirá a un Hospital del Plan. Podemos indicarle que reciba Servicios hospitalarios cubiertos en un Hospital del Plan en particular para que podamos coordinar mejor su atención utilizando Médicos del Plan del Grupo Médico y nuestro sistema de historia clínica electrónica.

Servicios que No Requieren una Referencia

Existen Servicios específicos que no necesitan una referencia del Médico de Atención Primaria del Plan. Sin embargo, debe obtener la atención de un Proveedor del Plan. Estos Servicios incluyen los siguientes:

1. una consulta inicial para el tratamiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales y abuso de drogas o alcohol cuando la proporciona un Proveedor del Plan. Para continuar con el tratamiento, usted o su Proveedor del Plan deben comunicarse con la Unidad de Acceso a la Salud del Comportamiento para obtener ayuda para organizar y programar estos Servicios cubiertos. Puede comunicarse con la Unidad de Acceso a la Salud del Comportamiento al 1-866 530-8778;
2. servicios de OB/GYN proporcionados por un OB/GYN, una enfermera partera certificada o cualquier otro Proveedor del Plan autorizado para brindar Servicios de OB/GYN, si la atención es Necesaria Desde el Punto de Vista Médico, incluida la atención de rutina y la solicitud de Servicios obstétricos y ginecológicos relacionados y cubiertos, y
3. servicios de Optometría.

Aunque no se requiere una referencia o una autorización previa para recibir atención de estos Proveedores, es posible que el Proveedor deba obtener una autorización previa para ciertos Servicios.

Para obtener la lista más actualizada de los Centros Médicos del Plan y de los Proveedores del Plan, visítenos en línea en www.kp.org/espanol. Para solicitar un Directorio de Proveedores, comuníquese con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Autorización Previa para Medicamentos Recetados

Las solicitudes de medicamentos recetados cubiertos para pacientes ambulatorios pueden estar sujetas a ciertos protocolos de administración de utilización, como una autorización previa o terapia escalonada.

El tratamiento escalonado es un proceso que requiere que el Miembro use un medicamento recetado o una secuencia de medicamentos recetados antes de que el Plan de Salud cubra un medicamento recetado por un Proveedor del Plan.

No se necesitará tratamiento escalonado si:

1. La terapia escalonada no ha sido aprobada por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food & Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos para la afección médica tratar;
2. Un Proveedor del Plan nos proporciona información médica de apoyo de que un medicamento recetado que cubrimos:
 - a. El Proveedor del Plan lo ordenó para el Miembro en los últimos 180 días; y
 - b. Con base en el juicio profesional del Proveedor del Plan, fue efectivo para el tratamiento de la enfermedad o afección médica del Miembro; o
3. La FDA aprobó un medicamento recetado; y
 - a. Se usa para tratar el cáncer metastásico avanzado en fase cuatro; y
 - b. El uso del medicamento recetado es:
 - i. Consistente con la indicación aprobada por la FDA o la indicación del National Comprehensive Cancer Network Drugs & Biologics Compendium para el tratamiento del cáncer metastásico avanzado en fase cuatro, y
 - ii. Está apoyado por la literatura médica revisada por pares.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Información médica de apoyo significa:

1. Una reclamación pagada por el Plan de Salud para el Miembro;
2. Un registro de farmacia que documente que se surtió y entregó un medicamento a un Miembro o representante de un Miembro, u
3. Otra información acordada mutuamente entre el Plan de Salud y el Suscriptor.

Si denegamos un Servicio o un medicamento recetado porque no se obtuvo una autorización previa, o si se rechaza una solicitud de excepción de terapia escalonada, puede presentar una apelación. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, consulte la **Sección 5: Presentación de Reclamaciones, Apelaciones y Quejas Formales**.

Para saber si un medicamento recetado está sujeto a una autorización previa o requisitos de terapia escalonada, consulte **Medicamentos, Suministros y Suplementos** en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones** o la sección **Beneficios** de la **Cláusula para Cobertura de Medicamentos Recetados Adicionales para Pacientes Ambulatorios**, si corresponde.

Referencias Permanentes a Especialistas

Si padece una enfermedad o condición que pone en riesgo su vida, degenerativa, crónica o incapacitante que requiere Servicios Especializados, su Médico de Atención Primaria del Plan puede determinar, en consulta con usted y un Especialista, que necesita atención continua de ese Especialista. En dicho caso, su Médico de Atención Primaria del Plan emitirá una referencia permanente al Especialista.

El especialista, su Médico de Atención Primaria del Plan y usted deben desarrollar una referencia permanente, y debe realizarse de acuerdo con un plan de tratamiento escrito que conste de Servicios cubiertos. El plan de tratamiento puede limitar la cantidad autorizada de consultas con el Especialista o el período en el que se autorizan esas consultas con el Especialista. También puede requerir que el Especialista se comunique regularmente con su Médico de Atención Primaria del Plan con respecto a su tratamiento y estado de salud.

Referencias a Especialistas Fuera del Plan y Especialistas No Médicos

Un Miembro puede solicitar una referencia a un Especialista fuera del Plan o a un Especialista No Médico si:

1. Al miembro se le diagnosticó una condición o enfermedad que requiere Servicios de atención para la salud especializados o atención médica; y el Plan de Salud:
 - a. No tiene un Especialista del Plan o un Especialista No Médico con la capacitación profesional y la experiencia para tratar o proporcionar los Servicios de atención para la salud para la condición o enfermedad, o
 - b. No se puede proporcionar acceso razonable a un Especialista o un Especialista No Médico con la capacitación profesional y la experiencia para tratar o brindar los Servicios de atención para la salud para la condición o enfermedad sin demoras o viajes excesivos.

Debe tener una referencia aprobada al Especialista fuera del Plan o al Especialista No Médico para que podamos cubrir los Servicios. Los Copagos y Coseguro para los Servicios de referencia aprobados proporcionados por Proveedores fuera del Plan son los mismos que los requeridos para los Servicios proporcionados por un Proveedor del Plan.

Servicios Posteriores a la Referencia No Cubiertos

Cualquier Servicio adicional que no se mencione específicamente, o que sea proporcionado por un profesional no mencionado en la referencia, no está autorizado y no será reembolsado.

Si un Proveedor fuera del Plan para el cual ha recibido una referencia autorizada recomienda Servicios adicionales que no están indicados en esa referencia aprobada, notifique a su Proveedor del Plan. Trabjará con usted para determinar si un Proveedor del Plan puede proporcionar esos Servicios. Los servicios adicionales que no se mencionan específicamente en la referencia no están autorizados y no se reembolsarán a menos que haya recibido una autorización previa para esos Servicios.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Continuidad de la Atención de Salud para Miembros Nuevos

A solicitud de un Miembro nuevo, o del padre, madre, tutor legal, persona designada o proveedor de atención médica de un Miembro nuevo, el Plan de Salud deberá:

1. Aceptar la autorización previa que haya emitido el administrador, la organización para la atención médica administrada o un administrador tercero anterior del Miembro, y
2. Permitir que un nuevo afiliado siga recibiendo los Servicios de atención para la salud que brinda un proveedor fuera del Plan al momento de la inscripción del Miembro conforme a este Acuerdo. Si este acuerdo es un plan de Punto de Servicio (Point-of-Service, POS) Added Choice, el costo compartido se cubrirá al nivel Dentro del Plan, como se muestra en el Resumen de Servicios y Costos Compartidos.

Como se describe a continuación, el Plan de Salud aceptará la autorización previa y permitirá que un Miembro nuevo siga recibiendo Servicios por parte de un Proveedor fuera del Plan durante:

1. El que resulte menor entre el ciclo de tratamiento y noventa (90) días, y
2. Hasta tres (3) trimestres de un embarazo y la consulta inicial posparto.

Transición a Nuestros Servicios

Al final del período de tiempo aplicable que se indicó anteriormente en *Continuidad de la Atención de Salud* en esta sección, podemos elegir realizar nuestra propia revisión para determinar si se requiere un tratamiento continuo y autorizar los Servicios continuos como se describe en *Cómo Obtener una Referencia* en esta sección.

Aceptación de la Autorización Previa para los Servicios

El Plan de Salud aceptará la autorización previa para los procedimientos, tratamientos, medicamentos u otros Servicios cubiertos conforme a este Acuerdo.

Si el Plan de Salud requiere una autorización previa para un medicamento recetado, la solicitud de autorización previa deberá permitir que un proveedor de atención médica indique si el medicamento recetado se usará para tratar una condición crónica.

Si el proveedor de atención médica anterior indica que el medicamento recetado se usará para tratar una condición crónica, es posible que el Plan de Salud no requiera una reautorización para una receta médica repetida del medicamento recetado durante un (1) año o durante el ciclo de tratamiento estándar de la condición crónica que se está tratando, lo que sea menor.

El Plan de Salud deberá aceptar la autorización previa del administrador del seguro médico anterior durante al menos los primeros noventa (90) días de la cobertura de beneficios para medicamentos recetados del Miembro. Al final del período de tiempo aplicable, podemos elegir realizar nuestra propia revisión para permitir la autorización previa del medicamento recetado. El Plan de Salud deberá aceptar la autorización previa del plan de seguro médico anterior si:

1. El medicamento recetado es un beneficio cubierto conforme al plan de seguro médico actual, o
2. La dosificación del medicamento recetado aprobado cambia y este cambio es consistente con las dosificaciones etiquetadas de la Administración de Alimentos y Medicamentos Federal.

Es posible que el Plan de Salud no acepte la autorización previa para un cambio en la dosificación de un opioide. Si el Plan de Salud requiere una autorización previa para un medicamento recetado, proporcionaremos un aviso sobre el nuevo requisito al menos treinta (30) días antes de que el requisito de la nueva autorización previa se implemente por escrito o por vía electrónica.

Si el Plan de Salud niega la cobertura para un medicamento recetado, el Plan de Salud deberá proporcionar una explicación detallada por escrito sobre la negación de la cobertura, lo que incluye si la negación se basó en una autorización previa requerida.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Después de recibir el consentimiento de un Miembro, o del padre, madre, tutor o persona designada del Miembro, es posible que solicitemos una copia de la autorización previa cumpliendo con todas las leyes de confidencialidad de las historias clínicas. El administrador, la organización para la atención médica administrada o un administrador tercero anterior debe proporcionar una copia de la autorización previa en un plazo de diez (10) días después de que reciba nuestra solicitud.

Limitaciones para la Autorización Previa de la Continuidad de la Atención de Salud

Con respecto a cualquier beneficio o Servicio que se proporcione a través del Maryland Medical Assistance Program de pago por servicio, esta subsección solo se aplicará a:

1. Las personas inscritas que hagan el cambio del Maryland Medical Assistance Program al Plan de Salud, y
2. Los beneficios de salud del comportamiento y dentales, siempre y cuando un administrador tercero los autorice.

Servicios de los Proveedores Fuera del Plan

El Plan de Salud permitirá que un Miembro nuevo siga recibiendo los Servicios de atención para la salud cubiertos que brinda un Proveedor fuera del Plan al momento en que el Miembro haga el cambio a nuestro plan para las siguientes condiciones:

1. condiciones agudas;
2. condiciones crónicas graves;
3. embarazo;
4. trastornos de salud mental y trastornos por abuso de sustancias, y
5. cualquier otra condición que acuerden el Proveedor fuera del Plan y el Plan de Salud.

Los ejemplos de condiciones crónicas graves y agudas pueden ser, entre otras:

1. fracturas de huesos;
2. reemplazo de una articulación;
3. ataque al corazón;
4. cáncer;
5. VIH/SIDA, y
6. trasplantes de órganos.

Cómo Obtener Servicios de Atención de Emergencia y de Urgencia

Servicios de Emergencia

Los Servicios de Emergencia están cubiertos independientemente de cuándo o en qué lugar del mundo ocurran.

Si considera que tiene una emergencia médica, llame al 911, donde esté disponible, o vaya a la sala de emergencias más cercana. Para obtener información sobre la cobertura en caso de una emergencia médica, incluidos los beneficios de emergencia cuando viaja, consulte ***Servicios de Emergencia*** en la ***Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones***.

Los Servicios de Emergencia están disponibles en los departamentos de emergencias de los Hospitales del Plan, los cuales están abiertos las 24 horas, los 7 días de la semana.

Los Servicios de Emergencia, con respecto a una Condición Médica de Emergencia, son los siguientes:

1. Un examen médico de detección (según lo exige la sección 1867 de la Ley del Seguro Social, 42 del Código de los Estados Unidos [United States Code, U.S.C.] 1395dd) que se encuentra dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles normalmente en el departamento de emergencias para evaluar la Condición Médica de Emergencia, y
2. Aquel examen y tratamiento médicos adicionales, siempre y cuando se encuentren dentro de las capacidades del personal y de los centros de atención disponibles en el hospital, según se requiere conforme a la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd[e][3]).

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Facturas por los Servicios de Emergencia

Si recibe una factura de un hospital, médico o proveedor auxiliar por los Servicios de emergencia que le proporcionaron, simplemente envíenos por correo o fax el comprobante de pago y una copia de la factura con su número de historia clínica escrito en la misma. Puede encontrar su número de historia clínica en la parte frontal de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Envíenos su comprobante por correo postal o por fax en el plazo de un (1) año a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente National Claims Administration - Mid-Atlantic States
PO Box 371860
Denver, CO 80237-9998
Fax: 1-866-568-4184

Para obtener más información sobre el pago o el reembolso de los servicios cubiertos y cómo presentar una reclamación, consulte la **Sección 5: Revisión, Apelaciones y Quejas Formales del Servicio de Atención para la Salud**.

Servicios de Atención de Urgencia

Los Servicios de Atención de Urgencia son Servicios que se requieren como resultado de una enfermedad o lesión repentina, la cual requiere atención inmediata, pero no son de emergencia.

Todos los Médicos de Atención Primaria del Plan están de guardia las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Cuando una situación no es una emergencia, pero requiere atención inmediata para síntomas como salpullido repentino, fiebre alta, vómitos intensos, infección del oído o torcedura, por favor, llame a su Médico de Atención Primaria del Plan como se indica en **Cómo Programar y Cancelar Citas y A Quién Llamar**, que se encuentra al inicio de esta sección.

Hospitalizaciones

Si lo admiten en un Hospital fuera del Plan, usted, su padre, madre o tutor, persona financieramente responsable u otra persona debe notificarnos en un plazo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas después de la hospitalización de un Miembro o el primer día hábil después de la hospitalización, a menos que no sea posible notificarnos en la medida de lo razonable en dicho plazo.

Cómo Obtener Ayuda de Nuestros Enfermeros Consejeros

Nuestros enfermeros consejeros son enfermeros titulados (Registered Nurse, RN) que tienen una capacitación especial para ayudar a evaluar los problemas clínicos y dar consejos clínicos. Pueden ayudar a resolver un problema por teléfono y darle indicaciones sobre el cuidado personal en el hogar, según aplique. Si el problema es más grave y requiere una cita, le ayudarán a programar una.

Si no está seguro de tener una emergencia médica, o para los Servicios de Atención de Urgencia para síntomas como salpullido repentino, fiebre alta, vómitos intensos, infección del oído o torcedura, puede comunicarse con nuestros enfermeros de consulta al 1-800-777-7904 o al 711 (TTY).

También puede comunicarse al 1-800-677-1112 desde cualquier parte de los Estados Unidos, Canadá, Puerto Rico o las Islas Vírgenes.

Cómo Obtener una Segunda Opinión

Puede recibir una segunda opinión médica por parte de un Médico del Plan. Le ayudaremos a programar una cita para obtener una segunda opinión si la solicita.

Kaiser Permanente Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Cómo Recibir Atención en Otra Área de Servicio de Kaiser Foundation Health Plan

Puede recibir Servicios cubiertos de otro plan de Kaiser Foundation Health Plan si ese otro plan proporciona, receta o indica esos Servicios, y si los Servicios hubiesen estado cubiertos conforme a esta EOC. Los Servicios cubiertos están sujetos a los términos y condiciones de esta EOC, incluidos los requisitos de la autorización previa, los Copagos, Coseguro o Deducibles aplicables que se describen en el *Resumen de Servicios y Costos Compartidos* y las exclusiones, limitaciones y reducciones especificadas en esta EOC.

Para obtener más información sobre cómo recibir atención en otras áreas de servicio de Kaiser Foundation Health Plan, incluida la disponibilidad de Servicios y las ubicaciones de proveedores y centros de atención, llame a nuestra Línea de Atención para Viajeros al 951-268-3900. La información también está disponible en línea en kp.org/viajero.

Pago Considerado para su Costo Compartido y Cuándo se le Puede Facturar

En la mayoría de los casos, se le pedirá hacer un pago en el momento en que reciba los Servicios que se considerará para su Costo Compartido. Si recibe más de un tipo de Servicios, como tratamiento de Atención Primaria y análisis de laboratorio, es posible que se le pida que pague un Costo Compartido separado por cada uno de esos Servicios. En algunos casos, es posible que su proveedor no le pida que haga un pago en el momento en que reciba los Servicios, y es posible que reciba una factura por el Costo Compartido.

Tenga en cuenta que es posible que este pago cubra solo una parte del Costo Compartido total por los Servicios que reciba, y recibirá una factura por cualquier cantidad adicional que deba pagar. Los siguientes son ejemplos de cuándo se le puede pedir que pague el Costo Compartido, además de la cantidad que paga cuando se registra:

1. **Recibe Servicios no preventivos durante una consulta preventiva.** Por ejemplo, si acude a hacerse un examen físico de rutina, al registrarse pagará el Costo Compartido para el examen preventivo (el Costo Compartido puede ser “sin cargo”). Sin embargo, durante su examen preventivo, su proveedor encuentra un problema de salud y le ordena Servicios no preventivos para diagnosticar su problema, como análisis de laboratorio. Es posible que se le solicite pagar el Costo Compartido de estos Servicios de diagnóstico no preventivos adicionales.
2. **Recibe Servicios de diagnóstico durante una consulta de tratamiento.** Por ejemplo, acude para recibir tratamiento de una condición médica existente y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de una visita de tratamiento. Sin embargo, durante la consulta, su proveedor descubre un nuevo problema de salud y le proporciona u ordena Servicios de diagnóstico, como análisis de laboratorio. Es posible que se le solicite pagar el Costo Compartido de estos Servicios de diagnóstico adicionales.
3. **Recibe Servicios de diagnóstico durante una consulta diagnóstica.** Por ejemplo, acude a hacerse un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico. Sin embargo, durante el examen de diagnóstico, su proveedor confirma un problema de salud y le proporciona Servicios de tratamiento, como un procedimiento ambulatorio. Es posible que se le solicite pagar el Costo Compartido de estos Servicios de tratamiento adicionales.
4. **Recibe Servicios no preventivos durante una consulta de cortesía sin cargo.** Por ejemplo, acude para que le revisen su presión arterial o a una consulta de bienvenida y el proveedor descubre un problema de salud y le proporciona Servicios de diagnóstico o de tratamiento. Es posible que se le solicite pagar el Costo Compartido de estos Servicios de diagnóstico o de tratamiento adicionales.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

5. **Recibe Servicios de un segundo proveedor durante una consulta.** Por ejemplo, acude a hacerse un examen de diagnóstico y, cuando se registra, paga el Costo Compartido de un examen de diagnóstico. Sin embargo, durante el examen de diagnóstico, su proveedor solicita una consulta con un especialista. Es posible que se le solicite pagar el Costo Compartido de la consulta con el especialista.

Nota: Si su plan está sujeto a un Deducible, el Miembro debe cubrir cualquier cantidad del Deducible requerido antes de nuestro pago de los Servicios no preventivos o de diagnóstico.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

SECCIÓN 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones

Sus Beneficios

Los beneficios descritos en esta sección se cubren solo cuando:

1. Un Médico del Plan determina que los Servicios son Necesarios desde el Punto de Vista Médico;
2. Los Servicios son proporcionados, recetados, autorizados o indicados por un Médico del Plan, y
 - a. Recibe los Servicios en un Centro del Plan, Proveedor del Plan o Centro de Enfermería Especializada con contrato dentro de nuestra Área de Servicio (excepto cuando se especifique lo contrario dentro de este Acuerdo), o
 - b. Acepta que se le brinden los Servicios mediante un programa de hogares médicos centrados en el paciente para personas con condiciones crónicas, enfermedades graves o necesidades de atención médica complejas. Esto incluye los costos asociados por la coordinación de la atención, como:
 - i. Los servicios de enlace entre la persona y el Proveedor de Atención Médica, el coordinador de enfermeros y el equipo de coordinación de la atención;
 - ii. La creación y supervisión de un plan de atención;
 - iii. La educación del Miembro y de su familia sobre la enfermedad del Miembro, el cumplimiento del tratamiento y las técnicas de autocuidado, y
 - iv. La asistencia con la coordinación de la atención, lo que incluye programar consultas con Especialistas y obtener suministros y servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico, incluidos los recursos de la comunidad.

Debe recibir todos los Servicios cubiertos por parte de los Proveedores del Plan dentro de nuestra Área de Servicio, excepto:

1. Servicios de Emergencia, como se describe en esta sección;
2. Servicios de Atención de Urgencia fuera del Área de Servicio, como se describe en esta sección;
3. Continuidad de la Atención de Salud para Miembros Nuevos, como se describe en la **Sección 2: *Cómo Obtener la Atención que Necesita***;
4. Referencias aprobadas, como se describe en ***Cómo Obtener una Referencia*** en la **Sección 2: *Cómo Obtener la Atención que Necesita***, incluidas las referencias para ensayos clínicos, como se describe en esta sección.

Nota: Es posible que se requiera el pago de un Copago, Coseguro o Deducible para algunos beneficios. Consulte el **Resumen de Servicios y Costos Compartidos** para obtener información sobre los requisitos de Costo Compartido que se aplican a los Servicios cubiertos incluidos en la **Lista de Beneficios** en esta sección.

Este Acuerdo no paga todos los servicios de atención para la salud, incluso si son Necesarios desde el Punto de Vista Médico. Su derecho a recibir beneficios se limita a los Servicios cubiertos que se mencionan en este contrato. Para conocer sus beneficios, consulte la **Lista de Beneficios** en esta sección.

Lista de Beneficios

Los siguientes beneficios están cubiertos por el Plan de Salud. Los beneficios se muestran de manera alfabética para su conveniencia. Algunos beneficios están sujetos a exclusiones o limitaciones específicas del beneficio, que se mencionan directamente debajo de cada beneficio, cuando corresponda. En **Exclusiones**, en esta sección, se encuentra una lista de exclusiones más detallada que se aplica a todos los beneficios, independientemente de si son Necesarios desde el Punto de Vista Médico.

Servicios por Lesiones Dentales Accidentales

Cubrimos los Servicios de restauración necesarios para reparar de inmediato, pero no reemplazar, los dientes naturales sanos que se vieron afectados por una fuerza externa. La cobertura se proporciona cuando se cumplen todas las siguientes condiciones:

1. El accidente se informó a su Médico de Atención Primaria del Plan en un plazo de setenta y dos (72) horas después del accidente;
2. Un Proveedor del Plan brinda los Servicios de restauración dental;
3. La lesión ocurrió como resultado de una fuerza externa que se define como un contacto violento con un objeto externo, sin fuerza ejercida al momento de masticar;
4. La lesión afectó los dientes naturales sanos;
5. Los Servicios cubiertos deben iniciarse en un plazo de sesenta (60) días después de la lesión, y
6. Los Servicios cubiertos se proporcionan durante un período de doce (12) meses consecutivos, que inicia en la fecha en que se recibió tratamiento para la lesión.

La cobertura bajo este beneficio se proporciona para el procedimiento más económico disponible que, según la opinión del Proveedor del Plan, tendría el resultado más satisfactorio.

Para los fines de este beneficio, dientes naturales sanos se definen como el diente o dientes que:

1. No se han debilitado debido a una patología dental existente, como caries o enfermedad periodontal, o
2. No se han restaurado anteriormente mediante una corona, una incrustación, un recubrimiento, una restauración de porcelana o un tratamiento mediante endodoncia.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Servicios proporcionados por Proveedores fuera del Plan.
2. Servicios proporcionados después de doce (12) meses a partir de la fecha de inicio del tratamiento de la lesión.
3. Servicios para dientes extraídos (sacados) o tan gravemente dañados que, según la opinión del Proveedor del Plan, la restauración era imposible.

Servicios para las Alergias

Cubrimos los siguientes Servicios para alergias:

1. Evaluaciones y tratamiento, y
2. Consultas para inyecciones y suero.

Servicios de Ambulancia

Cubrimos los Servicios de ambulancia autorizada solo si la afección médica requiere lo siguiente:

1. Las capacidades de soporte vital básico, de soporte vital avanzado o de soporte vital para cuidados críticos de una ambulancia para una transferencia entre centros de atención o al hogar, y
2. Un Proveedor del Plan ordenó el transporte en ambulancia.

La cobertura también se proporciona para el transporte o los Servicios que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico, incluido el transporte en ambulancia aérea que es Necesario desde el Punto de Vista Médico al hospital más cercano que puede proporcionar los Servicios necesarios, los cuales se proporcionan como resultado de una llamada al 911. Su Costo Compartido se aplicará a cada consulta, ya sea que se requiera transporte o no.

El transporte en ambulancia de una sala de emergencias a un Centro del Plan o de un hospital a un Centro del Plan que es Necesario desde el Punto de Vista Médico y que ordenó un Proveedor del Plan se cubre sin cargo.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

También cubrimos los Servicios de ambulancia no asistencial (transporte que no es de emergencia) adecuados desde el punto de vista médico que proporcionan los administradores de transporte seleccionados cuando los ordena un Proveedor del Plan sin cargo.

No cubriremos los Servicios de ambulancia de emergencia o de ambulancia no asistencial (transporte que no es de emergencia) bajo ninguna otra circunstancia, incluso si no hay ningún otro transporte disponible. Cubrimos los Servicios de ambulancia y ambulancia no asistencial (transporte que no es de emergencia) autorizados que ordene un Proveedor del Plan solo dentro de nuestra Área de Servicio, excepto los cubiertos en *Servicios de Emergencia*.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Con excepción del transporte seleccionado que no es de emergencia y que ordene un Proveedor del Plan, no cubrimos el transporte en automóvil, taxi, autobús, camioneta o cualquier otro tipo de transporte (que no sea una ambulancia autorizada), incluso si es la única manera de trasladarse hasta un Proveedor del Plan.
2. Las ambulancias no asistenciales (Servicios de transporte que no es de emergencia) que no sean apropiadas desde el punto de vista médico y que no hayan sido solicitadas por un Proveedor del Plan.

Anestesia para Servicios Dentales

Cubrimos la anestesia general y los Servicios de hospital o de centros de atención ambulatorios asociados para la atención dental que se brinda a los Miembros que tienen:

1. 7 años o menos o una discapacidad del desarrollo y para quien:
 - a. Se pueda esperar un resultado superior de la atención dental proporcionada bajo anestesia general, y
 - b. No se pueda esperar un resultado exitoso de la atención dental proporcionada bajo anestesia local debido a una condición física, intelectual u otra condición que ponga en riesgo la salud desde el punto de vista médico.
2. 17 años o menos y que sean extremadamente poco cooperativos, temerosos o que no se comuniquen y tengan necesidades dentales de tal magnitud que no se puede retrasar o posponer el tratamiento, y para quienes se espera que la falta de tratamiento ocasione dolor bucal, infección, pérdida de dientes o algún otro aumento en la morbilidad oral o dental.
3. 17 años o más y que la afección médica del Miembro requiera que el Servicio dental se proporcione en un hospital o un centro quirúrgico ambulatorio por seguridad del Miembro (por ejemplo, enfermedad del corazón y hemofilia).

Los cargos de la anestesia general y del hospital y del centro de atención ambulatoria asociados se cubrirán únicamente para la atención dental que proporcione un Especialista debidamente acreditado y a quien se le hayan otorgado privilegios hospitalarios.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Los Servicios dentales del dentista o del Especialista.

Sangre, Productos Derivados de la Sangre y su Administración

Cubrimos la sangre y los productos derivados de la sangre, tanto derivados como componentes, lo que incluye la recolección y el almacenamiento de sangre autóloga para la cirugía voluntaria, así como la obtención y el almacenamiento de sangre del cordón umbilical para la atención aprobada que es Necesaria desde el Punto de Vista Médico, cuando así lo autorice un Proveedor del Plan. También se cubre la administración de la sangre y de los productos derivados de la sangre.

Además, los beneficios deberán proporcionarse para la compra de productos derivados de la sangre y del equipo para la infusión de sangre que sean necesarios para el tratamiento en casa de episodios hemorrágicos de rutina relacionados con la hemofilia y otros trastornos congénitos hemorrágicos

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

cuando el programa de tratamiento en casa sea bajo la supervisión del centro para el tratamiento de la hemofilia que aprobó el estado.

Consulte a continuación la limitación y la exclusión específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitación Específica de los Beneficios:

1. Los beneficiarios de los Miembros deben designarse al momento de obtener la sangre del cordón umbilical.

Exclusión Específica de los Beneficios:

1. Donaciones de sangre ordenadas.

Servicios para la Farmacodependencia y de Salud Mental

Servicios para Enfermedades Mentales, Trastornos Emocionales y Abuso de Drogas y Alcohol

Cubrimos el tratamiento de enfermedades mentales, trastornos emocionales y abuso de drogas y alcohol para las condiciones que, según la opinión de un Proveedor del Plan, serían Necesarias desde el Punto de Vista Médico y tratables, y que sigan los criterios de la American Society of Addiction Medicine (ASAM). Para los fines de la disposición de este beneficio, el abuso de drogas y alcohol es una enfermedad que se caracteriza por tener un patrón de uso patológico de una droga o del alcohol con intentos repetidos de controlar su uso y con consecuencias negativas significativas en al menos una de las siguientes áreas de la vida: médica, legal, financiera o psicosocial.

Los criterios de la ASAM son la edición más reciente de los criterios de tratamiento de la American Society of Addiction Medicine para condiciones de adicción, relacionadas con sustancias y concurrentes que establece pautas para la hospitalización, estadía continua y transferencia o alta hospitalaria de los Miembros con condiciones de adicción o concurrentes.

Cubrimos a los pacientes hospitalizados que están dentro de un centro de atención o programa autorizado o certificado, incluido un centro de tratamiento residencial autorizado o certificado. Los Servicios cubiertos incluyen todos los Servicios médicos de los médicos y otros profesionales de la salud que un médico proporcione, recete u ordene, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. terapia individual;
2. terapia grupal;
3. terapia Electroconvulsiva (Electroconvulsive Therapy, ECT);
4. farmacoterapia;
5. educación;
6. atención psiquiátrica de enfermería, y
7. Servicios hospitalarios adecuados.

Los Servicios médicos para la desintoxicación están limitados a la eliminación de la sustancia o sustancias tóxicas del sistema.

La hospitalización parcial se define como la administración de un tratamiento intensivo o intermedio a corto plazo que se ordenó desde el punto de vista médico para enfermedades mentales, trastornos emocionales y abuso de drogas y alcohol durante un período menor a veinticuatro (24) horas, pero mayor a cuatro (4) horas al día en un centro de atención o programa autorizado o certificado.

En un centro ambulatorio, cubrimos todos los Servicios que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico de los médicos y otros profesionales de la salud para tratar enfermedades mentales, trastornos emocionales y abuso de drogas y alcohol, así como los Servicios de tratamiento con opioides que un médico proporcione, recete u ordene, incluidos, entre otros, los siguientes:

1. evaluaciones de diagnóstico;
2. intervención en casos de crisis;
3. terapia individual;
4. terapia grupal;
5. consultas para la evaluación y la administración de los medicamentos;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

6. pruebas psicológicas y neuropsicológicas para el diagnóstico;
7. tratamiento médico de los síntomas de abstinencia, y
8. consultas para monitorear la farmacoterapia.

Servicios de Tratamiento Psiquiátrico Residencial en Casos de Crisis

Cubrimos los Servicios residenciales en casos de crisis que:

1. Se proporcionan a un Miembro con una enfermedad mental que tiene o está en riesgo de tener una crisis psiquiátrica que causaría una deficiencia en la capacidad del individuo para funcionar en la comunidad;
2. Están diseñados para evitar una hospitalización psiquiátrica, proporcionar una alternativa a la hospitalización psiquiátrica o acortar la duración de una hospitalización;
3. Se proporcionan fuera del hogar del Miembro a corto plazo en un entorno residencial comunitario, y
4. Son proporcionados por entidades que están autorizadas por el Departamento de Salud de Maryland para proporcionar Servicios residenciales en casos de crisis.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Servicios para los Miembros que, según la opinión del Proveedor del Plan, buscan servicios y suministros para fines que no son terapéuticos.
2. Pruebas psicológicas y neuropsicológicas de capacidad, aptitud, inteligencia o interés.
3. Servicios por orden judicial o como condición para la libertad condicional o a prueba, a menos que el Proveedor del Plan determine que son necesarios y adecuados.
4. Evaluaciones que son principalmente para fines legales o administrativos y que no son Necesarias desde el Punto de Vista Médico.

Labio Leporino, Paladar Hendido o Ambos

Cubrimos los Servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios que se deriven de los tratamientos de ortodoncia, quirúrgicos orales, otológicos, audiológicos y del habla o lenguaje como resultado del defecto congénito conocido como labio leporino, paladar hendido o ambos.

Ensayos Clínicos

Cubrimos los costos del paciente en que incurra por los ensayos clínicos que se proporcionaron a los pacientes hospitalizados y ambulatorios. Los “costos del paciente” son el costo de un Servicio que es Necesario desde el Punto de Vista Médico y que se incurrió como resultado del tratamiento que se brinda al miembro con el fin de un ensayo clínico. Los “costos del paciente” no incluyen lo siguiente:

1. El costo de un medicamento o dispositivo de investigación, excepto como se indica a continuación para el uso no indicado de un medicamento o dispositivo aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los Estados Unidos;
2. El costo de los Servicios que no son de atención para la salud y que es posible que se requieran como resultado del tratamiento en el ensayo clínico, o
3. Los costos relacionados con la administración de la investigación para el ensayo clínico.

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

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

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

3. Si participa en el ensayo clínico, las restricciones y los requisitos del área de servicio para Proveedores fuera del Plan no se aplicarán al beneficio del ensayo clínico;
4. El ensayo clínico es un estudio clínico de fase I, fase II, fase III o fase IV relacionado con la prevención, detección o tratamiento del cáncer u otra condición que pone en riesgo la vida y que cumple con uno de los siguientes requisitos:
 - a. El estudio o la investigación se lleva a cabo conforme a una solicitud de nuevo medicamento en investigación que revisó la FDA;
 - b. El estudio o la investigación es un estudio farmacológico que está exento de la solicitud de nuevo medicamento en investigación, o
 - c. El estudio o la investigación es aprobado o financiado, incluido el financiamiento de contribuciones en especie, por al menos uno (1) de los siguientes:
 - i. Los Institutos Nacionales de Salud;
 - ii. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades;
 - iii. La Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud;
 - iv. Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid;
 - v. Un grupo o centro cooperativo de cualquiera de las entidades mencionadas anteriormente o del Departamento de Defensa o del Departamento de Asuntos de Veteranos;
 - vi. Un consejo de revisión institucional de una institución en el estado que tiene un Contrato de Aseguramiento de Proyectos Múltiples aprobado por el Departamento de Protección contra Riesgos de Investigación de los Institutos Nacionales de Salud;
 - vii. 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, o
 - viii. El Departamento de Asuntos de los Veteranos o el Departamento de Defensa, el Departamento de Energía, siempre y cuando el estudio o la investigación se revise y apruebe mediante de un sistema de revisión por pares que según la Secretaria Estadounidense de Salud y Servicios Humanos cumpla todos los requisitos siguientes:
 - (a) Es comparable con el sistema de revisión por pares de estudios e investigaciones de los Institutos Nacionales de Salud, y
 - (b) Garantice una revisión imparcial de los estándares científicos más elevados, realizada por personas calificadas que no tengan interés en el resultado de la revisión.
5. El centro de atención y el personal que proporcionan el tratamiento son capaces de hacerlo en virtud de su experiencia, capacitación y volumen de pacientes tratados para mantener su pericia;
6. No existe una alternativa de tratamiento observacional claramente superior, y
7. Los datos clínicos o preclínicos disponibles proporcionan una expectativa razonable de que el tratamiento será al menos tan efectivo como la alternativa observacional.

Nota: No se restringirá la cobertura únicamente porque el Miembro recibe el Servicio fuera del Área de Servicio o porque un Proveedor fuera del Plan brindó el Servicio.

Uso No Indicado de Medicamentos o Dispositivos

También cubrimos los costos del paciente en que se incurra por medicamentos y dispositivos que han sido aprobados para la venta por la FDA, ya sea que la FDA haya aprobado o no el medicamento o dispositivo para el tratamiento de la condición particular del paciente, en la medida en que los medicamentos o los dispositivos no sean cubiertos por el fabricante, el distribuidor o el proveedor de ese medicamento o dispositivo.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. El Servicio de investigación.
2. Los Servicios proporcionados únicamente para la recopilación y el análisis de datos y que no se utilizan en su gestión clínica directa.

Equipo, Suministros y Capacitación de Autocontrol para la Diabetes

Cubrimos el equipo y los suministros para la diabetes y los Servicios educativos y de capacitación para el autocontrol para pacientes ambulatorios en persona para la diabetes, incluida la terapia nutricional médica, cuando los receta un Proveedor del Plan y se adquieren con un proveedor preferido del Plan, para el tratamiento de:

1. diabetes que requiere insulina;
2. diabetes insulino dependiente;
3. diabetes que no requiere insulina;
4. niveles elevados o deficientes de la glucosa en la sangre ocasionados por el embarazo, incluida la diabetes gestacional, o
5. de acuerdo con los estándares de la Asociación Americana de la Diabetes, niveles elevados o deficientes de la glucosa en la sangre ocasionados por la prediabetes.

Nota: La insulina no se cubre en este beneficio. Consulte la *Cláusula para Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios*, si corresponde.

Consulte a continuación las limitaciones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitaciones Específicas de los Beneficios:

El equipo y los suministros para la diabetes se limitan al equipo y a los suministros preferidos por el Plan de Salud, a menos que el equipo o el suministro:

1. Haya sido recetado por un Proveedor del Plan, y
2. No haya ningún equipo o suministro preferido equivalente disponible, o el equipo o suministro preferido equivalente no ha sido efectivo para tratar la enfermedad o la condición del Miembro, u ocasionó o es probable que ocasione una reacción adversa u otro daño al Miembro.

Nota: “El equipo y los suministros preferidos por el Plan de Salud” son aquellos que se adquieren de un proveedor preferido del Plan. Para obtener información sobre los proveedores preferidos del Plan, comuníquese con Servicio a los Miembros de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o al 711 (TTY).

Diálisis

Si se cumplen los siguientes criterios, cubrimos los Servicios de diálisis relacionados con la insuficiencia renal aguda y la insuficiencia renal en fase terminal (end-stage renal disease, ESRD) crónica:

1. Cumple con todos los criterios médicos del Grupo Médico y del centro de atención donde se realiza la diálisis;
2. El centro de atención (cuando no se proporciona en el hogar) está certificado por Medicare, y
3. Un Médico del Plan hace la referencia por escrito para que lo atiendan en el centro de atención.

Cubrimos los siguientes Servicios para la diálisis renal:

1. Los tratamientos de diálisis para el mantenimiento de pacientes ambulatorios en un centro de atención de diálisis del Plan. La cobertura incluye el costo de los análisis de laboratorio, el equipo, los suministros y otros Servicios relacionados con su tratamiento;
2. La diálisis para el mantenimiento de pacientes hospitalizados si lo admiten en un Hospital del Plan debido a que su condición médica requiere los Servicios de un hospital especializado para pacientes hospitalizados, y

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

3. Los Servicios del Proveedor del Plan relacionados con la diálisis que se realiza a los pacientes hospitalizados y ambulatorios.

Cubrimos los siguientes Servicios para la autodiálisis:

1. La capacitación para la autodiálisis, incluidas las instrucciones para la persona que le ayudará con la autodiálisis;
2. Los Servicios del Proveedor del Plan que realiza la capacitación sobre la autodiálisis, y
3. Una nueva capacitación sobre el uso del equipo nuevo para la autodiálisis.

Cubrimos la diálisis en el hogar, la cual incluye lo siguiente:

1. hemodiálisis;
2. diálisis peritoneal intermitente (intermittent peritoneal dialysis, IPD) en el hogar;
3. diálisis peritoneal de ciclo continuo (continuous cycling peritoneal dialysis, CCPD) en el hogar, y
4. diálisis peritoneal ambulatoria continua (continuous ambulatory peritoneal dialysis, CAPD) en el hogar.

Los Miembros que requieran diálisis fuera del Área de Servicio durante un período de tiempo limitado, pueden recibir los Servicios de diálisis previamente planeada conforme a los requisitos de la autorización previa.

Medicamentos, Suministros y Suplementos

Cubrimos los medicamentos, los suministros y los suplementos durante una estadía cubierta en un Hospital del Plan, un Centro de Enfermería Especializada y entornos de pacientes ambulatorios, o si requieren la administración u observación por parte del personal médico y se le administran en un Centro Médico del Plan o durante una consulta de salud domiciliaria:

1. Medicamentos orales, infusionados o inyectados y materiales radioactivos que se usan para fines terapéuticos, incluida la quimioterapia. Esto incluye el uso no indicado de un medicamento cuando este es reconocido en el Compendio de Estándares de Referencia o en alguna literatura médica, según corresponda, en el tratamiento de la condición diagnosticada;
 - a. **Nota:** Si un medicamento cubierto por este beneficio cumple el criterio de Medicamento Especializado, conforme a la sección §15-847 del Artículo de Seguro o es un medicamento para tratar la diabetes, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), según lo descrito en la sección §15-847.1 del Artículo de Seguro, entonces el costo del medicamento para el Miembro no superará los \$150 para un suministro de 30 días. Si este beneficio está sujeto a un Deducible, como se describe en el *Resumen de Servicios y Costos Compartidos*, el Deducible debe cubrirse primero.
 - b. **Nota:** Según lo permitido conforme a la §15-846 del Artículo de Seguros, los medicamentos orales para quimioterapia se proporcionarán al mismo o a un mejor nivel que los medicamentos intravenosos o inyectables para quimioterapia.
2. Dispositivos inyectables;
3. El equipo y los suministros relacionados con la administración de medicamentos infusionados o inyectados, dispositivos o materiales radioactivos;
4. Suministros médicos y quirúrgicos, incluidos vendajes, yesos, agujas hipodérmicas, jeringas o cualquier otro suministro que sea Necesario desde el Punto de Vista Médico, que se proporcionen al momento de administrar el tratamiento, y
5. Vacunas aprobadas para su uso por la FDA que no se considera que son parte de la atención preventiva de rutina.

Nota: Se cubren los Servicios adicionales que requieren administración u observación por parte del personal médico. Consulte la *Cláusula para Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios*, según corresponda, para conocer la cobertura de medicamentos recetados autoadministrados para pacientes ambulatorios; *Servicios de Atención Preventiva para la Salud* para conocer la cobertura de vacunas que son parte de la atención preventiva de rutina; *Servicios para*

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Alergias para conocer la cobertura de pruebas para alergias y materiales para el tratamiento, y **Servicios de Planificación Familiar** para conocer la incorporación y eliminación de medicamentos y dispositivos anticonceptivos.

Nota: Ciertos medicamentos pueden requerir autorización previa o tratamiento escalonado. Para obtener más información, consulte *Cómo Obtener una Referencia* en la **Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita**.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Los medicamentos que, conforme a la ley, no requieren receta médica.
2. Los medicamentos, los suministros y los suplementos que pueden autoadministrarse o que no requieren administración u observación por parte del personal médico.
3. Los medicamentos recetados para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual.
4. Los medicamentos recetados para el tratamiento de la infertilidad. Consulte **Servicios para la Infertilidad** para conocer la cobertura de medicamentos administrados que son necesarios para la fecundación in vitro (in-vitro fertilization, IVF).

Equipo Médico Duradero

El Equipo Médico Duradero se define como el equipo que:

1. Está previsto para el uso repetido;
2. Se usa principal y habitualmente para un objetivo médico;
3. Generalmente no es útil para una persona que no tiene una enfermedad o lesión, y
4. Cumple con los criterios del Plan de Salud debido a que es Necesario desde el Punto de Vista Médico.

El Equipo Médico Duradero no incluye la cobertura de Aparatos Protésicos, como ojos o piernas artificiales, o Dispositivos Ortopédicos, como aparatos ortopédicos o zapatos terapéuticos. Consulte **Dispositivos Protésicos y Ortopédicos** para conocer la cobertura de Dispositivos Protésicos y Ortopédicos.

Equipo Médico Duradero Básico

Cubrimos el Equipo Médico Duradero que recete un Proveedor del Plan para su uso en el hogar (o en una institución que se use como su hogar). También cubrimos el Equipo Médico Duradero que se use durante una estadía cubierta en un Hospital del Plan o un Centro de Enfermería Especializada, pero solo si el Centro de Enfermería Especializada generalmente proporciona el Equipo Médico Duradero.

La cobertura está limitada al equipo estándar que se ajuste adecuadamente a sus necesidades médicas. Nosotros decidimos si se renta o compra el equipo y seleccionamos al proveedor. Repararemos o reemplazaremos el equipo, a menos que la reparación o el reemplazo se deba a una pérdida, uso indebido o robo. Cuando el equipo ya no cuenta con nuestra cobertura, deberá devolverlo o pagar el valor justo de mercado.

Nota: El equipo y los suministros para la diabetes no se cubren conforme a esta sección. Consulte **Equipo, Suministros y Capacitación de Autocontrol para la Diabetes**.

Equipo Médico Duradero Adicional

Cubrimos el siguiente Equipo Médico Duradero para su uso en el hogar como beneficios individuales, y como se indica a continuación.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Oxígeno y Equipo

Cubrimos el oxígeno y el equipo cuando los recete un Proveedor del Plan y su condición médica cumpla con los criterios del Plan de Salud para la Necesidad Médica. El Proveedor del Plan debe certificar la necesidad médica continua del oxígeno y del equipo.

Equipo para Presión Positiva Continua en las Vías Respiratorias

Cubrimos el equipo para presión positiva continua en las vías respiratorias (continuous positive airway pressure, CPAP) y presión positiva de dos niveles en las vías respiratorias (bi-level positive airway pressure, BIPAP) cuando lo recete un Proveedor del Plan y su condición médica cumpla con los criterios del Plan de Salud debido a que es Necesario desde el Punto de Vista Médico. El Proveedor del Plan debe certificar la necesidad médica continua del equipo para presión positiva en las vías respiratorias.

Monitores para la Apnea

Cubrimos los monitores para la apnea para bebés, que tienen menos de 3 años, durante un período que no excederá los seis (6) meses.

Equipo para el Asma

Cubrimos el siguiente equipo para asma para los niños y adultos con asma al momento de adquirirlo con un Proveedor del Plan:

1. dispositivos espaciadores;
2. medidores de flujo máximo, y
3. nebulizadores.

Bililuces

Cubrimos las bililuces para bebés que tienen menos de 3 años, durante un período que no excederá los seis (6) meses.

Máquinas para Pruebas Caseras del Índice Internacional Normalizado (INR)

Las máquinas para pruebas caseras del índice internacional normalizado (international normalized ratio, INR) cuando un Proveedor del Plan considere que son Necesarias desde el Punto de Vista Médico.

Equipo y Suministros para el Linfedema

Cubrimos el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento del linfedema, lo que incluye lo siguiente:

1. equipo;
2. suministros;
3. terapia descongestiva compleja;
4. prendas de compresión gradiente, y
5. capacitación y educación en autocontrol.

Nota: Una “prenda de compresión gradiente” es una prenda que se usa para el tratamiento del linfedema, requiere una receta médica y se ajusta a la medida de la persona a quien se receta la prenda.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Equipos o funciones para comodidad, conveniencia o lujo.
2. Equipo para ejercicio o higiene.
3. Artículos no médicos, como baños sauna o elevadores.
4. Modificaciones en su hogar o vehículo.
5. Dispositivos para pruebas de sangre u otras sustancias corporales, con excepción de lo que se cubre en el beneficio de *Equipo, Suministros y Capacitación de Autocontrol para la Diabetes*.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

6. Monitores electrónicos para el corazón o los pulmones, excepto los monitores para la apnea para bebés y los monitores del oxímetro para pacientes con ventilación en el hogar.
7. Suministros médicos desechables, incluida la compresión de libre venta o los elásticos hasta la rodilla u otros productos de medias.
8. Servicios no autorizados previamente por el Plan de Salud.

Servicios de Emergencia

Como se indica a continuación, usted cuenta con cobertura para Servicios de Emergencia si tiene una Condición Médica de Emergencia en cualquier parte del mundo.

Si considera que tiene una Condición Médica de Emergencia, debe llamar de inmediato al 911. Si no está seguro de tener una Condición Médica de Emergencia, comuníquese con nosotros al número que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación para obtener asesoría médica inmediata. Usted o su representante deberán notificar al Plan de Salud tan pronto como sea posible, sin exceder un plazo de cuarenta y ocho (48) horas o el primer día hábil, lo que sea más tarde, después de recibir atención en la sala de emergencias (emergency room, ER) de un hospital para garantizar la cobertura, a menos que no haya sido posible de manera razonable notificarnos dentro de dicho período de tiempo. Si la visita a la sala de emergencias no se debió a una “Condición Médica de Emergencia”, como se define en la sección *Términos Importantes que Debe Conocer de esta EOC*, y no fue autorizada por el Plan de Salud, usted será responsable de todos los cargos.

Cubrimos los Servicios de Emergencia como se indica a continuación:

Dentro de Nuestra Área de Servicio

Cubrimos los cargos razonables por los Servicios de Emergencia proporcionados dentro de nuestra Área de Servicio por parte de un Proveedor del Plan o un Proveedor fuera del Plan. La cobertura que proporciona un Proveedor fuera del Plan está limitada a los Servicios de Emergencia que se requieren antes de que usted pueda, sin consecuencias dañinas desde el punto de vista médico, ser llevado a un Hospital del Plan o al consultorio de su Médico de Atención Primaria del Plan.

Fuera de nuestra Área de Servicio

Cubrimos los cargos razonables por los Servicios de Emergencia si tiene una lesión o se enferma mientras está temporalmente fuera de nuestra Área de Servicio.

No cubrimos los Servicios para las condiciones que, antes de salir del Área de Servicio, usted debió saber que podían requerir Servicios mientras viaja, como la diálisis para la ESRD, la atención posoperatoria después de una cirugía y el tratamiento para las infecciones continuas, a menos que determinemos que usted se encontraba temporalmente fuera de nuestra Área de Servicio debido a una emergencia personal extrema.

Tratamiento Continuo Después de los Servicios de Emergencia

Dentro de Nuestra Área de Servicio

Después de recibir los Servicios de Emergencia dentro del Área de Servicio, el Médico de Atención Primaria del Plan debe proporcionar o coordinar el tratamiento continuo o de seguimiento.

Dentro de otra Región de Kaiser Permanente

Si recibe Servicios de Emergencia mientras se encuentra temporalmente en otra Región de Kaiser Permanente, el tratamiento continuo o de seguimiento está disponible con los médicos que tienen un contrato con ese plan de Kaiser Permanente.

Fuera de nuestra Área de Servicio

Con excepción de los Servicios de Emergencia que recibió para la cirugía de emergencia que se describe a continuación, toda la otra atención continua o de seguimiento de los Servicios de Emergencia recibidos fuera de nuestra Área de Servicio debe contar con nuestra autorización, hasta que pueda regresar de manera segura al Área de Servicio.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Tratamiento Continuo Después de la Cirugía de Emergencia

Si autorizamos, ordenamos, referimos o permitimos que usted tenga acceso a un centro de atención de emergencia de un hospital o a otro centro de atención de urgencia por una condición médica que requiere una cirugía de emergencia, haremos el reembolso al médico, cirujano oral, periodoncista o podiatra que realizó el procedimiento quirúrgico por la atención de seguimiento que:

1. Sea Necesaria desde el Punto de Vista Médico;
2. Esté relacionada directamente con la condición por la que se realizó el procedimiento quirúrgico, y
3. Se brinde en consulta con el Médico de Atención Primaria del Plan del Miembro.

No impondremos ningún Copago ni otro requisito de costo compartido para la atención de seguimiento que exceda aquel que un Miembro debería pagar en caso de que los Proveedores del Plan hayan proporcionado la atención de seguimiento dentro de nuestra Área de Servicio.

Transporte a un Área de Servicio

Si obtiene la aprobación previa de nuestra parte, o del Centro Médico de Kaiser Foundation Health Plan más cercano, cubriremos los Servicios de ambulancia necesarios u otros arreglos de transporte especiales que se requieran desde el punto de vista médico para transportarlo a un Hospital del Plan o a un Consultorio Médico en nuestra Área de Servicio o en la Región de Kaiser Foundation Health Plan más cercana, para que reciba el tratamiento continuo o de seguimiento.

Nota: Todo el transporte en ambulancia se cubre conforme a Servicios de Ambulancia.

Limitación de la Atención Continua en un Centro Fuera del Plan

Si lo admiten en un Hospital fuera del Plan, usted o alguien en su nombre deben notificarnos en un plazo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas después de cualquier hospitalización, o el primer día hábil después de la hospitalización, a menos que no sea posible notificarnos en la medida de lo razonable en dicho plazo. Decidiremos si hacemos los arreglos para continuar con la atención necesaria en donde se encuentre o si lo trasladamos a un centro de atención que nosotros designemos. Si no nos notifica, o si decide que no lo traslademos, no cubriremos ningún Servicio que reciba después de que hubiera sido posible el traslado.

Cómo Presentar Reclamaciones para los Servicios de Emergencia Fuera del Plan

Conserve todos los recibos de los Servicios de Emergencia que le proporcionaron los Proveedores fuera del Plan y verifique que el Proveedor fuera del Plan haya enviado las reclamaciones. Todas las reclamaciones deben presentarse ante nosotros en el plazo de un (1) año después de recibir los Servicios cubiertos. El hecho de no enviar dicha solicitud en el plazo de un (1) año después de recibir los Servicios cubiertos no invalidará ni reducirá el monto de la reclamación si no fue posible enviar la solicitud por una cuestión razonable dentro del período de tiempo mencionado anteriormente. Si no se puede presentar la reclamación por una cuestión razonable en el plazo de un (1) año después de la fecha del servicio, deberá enviárnosla a más tardar dos (2) años después de dicha fecha, de lo contrario se pedirá una prueba. La incapacidad legal de un Miembro suspenderá el tiempo en que se puede presentar la reclamación. Dicho período de suspensión termina cuando se recupere la capacidad legal.

Consulte a continuación las limitaciones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitaciones Específicas de los Beneficios:

1. **Notificación:** Si lo admiten en un hospital fuera del plan, usted o su representante deben notificarnos tan pronto como sea posible, pero en un plazo no mayor a cuarenta y ocho (48) horas o al final del primer día hábil, lo que ocurra más tarde, después de la hospitalización, a menos que no sea posible notificarnos en la medida de lo razonable. Si lo admiten en un hospital, decidiremos si hacemos los arreglos para continuar con la atención necesaria en donde se encuentra o si lo trasladamos a un centro de atención que nosotros designemos. Si usted no nos notifica, conforme a lo dispuesto en este documento, no cubriremos la atención hospitalaria que reciba después de que hubiera sido posible el traslado.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

De ser posible, le pedimos a usted o a su representante autorizado que nos notifiquen cualquier visita a la sala de emergencias para ayudarlo a coordinar cualquier atención de seguimiento necesaria.

2. **Tratamiento Continuo o de Seguimiento:** Con excepción de lo que se dispone en *Tratamiento Continuo Después de la Cirugía de Emergencia*, no cubrimos el tratamiento continuo o de seguimiento después de los Servicios de Emergencia, a menos que lo autorice el Plan de Salud. Cubrimos solo los Servicios de Emergencia fuera del Plan que se requieran antes de que usted pueda ser trasladado, sin resultados perjudiciales desde el punto de vista médico, a un centro de atención que nosotros designemos ya sea dentro o fuera de nuestra Área de Servicio o en otra Región de Kaiser Permanente o Área de Servicio de Group Health Cooperative.
3. **Observación Hospitalaria:** La transferencia a una cama de observación o el estado de observación no califica como una admisión a un hospital, y el Copago de su visita a la sala de emergencias no será exento.

Servicios de Planificación Familiar

Cubrimos lo siguiente:

1. Servicios Preventivos para Mujeres (Women's Preventive Services, WPS), lo que incluye lo siguiente:
 - a. Información para la paciente y asesoramiento sobre los métodos anticonceptivos para todas las mujeres con capacidad reproductiva;
 - b. Cobertura para dispositivos anticonceptivos aprobados por la FDA, métodos anticonceptivos hormonales y la inserción o retiro de dispositivos anticonceptivos, incluido cualquier examen que sea Necesario desde el Punto de Vista Médico relacionado con el uso de medicamentos y dispositivos anticonceptivos;
 - c. Esterilización femenina;

Nota: Los WPS son una atención preventiva y se cubren sin cargo.
2. Asesoramiento adicional sobre la planificación familiar (el asesoramiento no incluye la capacitación sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad), incluido el asesoramiento antes y después del aborto;
3. Esterilización masculina;
4. La terminación voluntaria del embarazo está cubierta hasta la semana 17.^o del embarazo; La interrupción terapéutica del embarazo, según lo permita la ley correspondiente, si se cree que el feto tiene un defecto o deformidad cromosómica, metabólica o anatómica incapacitante que haya sido certificado por un Proveedor del Plan.
5. Instrucción por parte de un proveedor de atención médica autorizado sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, que son métodos para identificar los momentos de fertilidad e infertilidad de una persona para evitar el embarazo, que incluyen: métodos del moco cervical, métodos sintotérmicos o sintohormonales, métodos de los días estándar y el método de amenorrea por lactancia. **Nota:** Los Deducibles, los Copagos o los Coseguros no se aplicarán dentro de la red ni fuera de la red para este beneficio.

Nota: También cubrimos los Servicios de interrupción del embarazo limitado a las siguientes circunstancias: (1) cuando la vida de la madre está en peligro por un trastorno físico, una enfermedad física o una lesión física, incluida una afección física que pone en peligro la vida causada por el embarazo en sí o derivado de él; o (2) cuando el embarazo es el resultado de un presunto acto de violación o incesto.

Nota: Los Copagos o los Coseguros no se aplicarán a los Servicios de esterilización masculina.

Nota: Los procedimientos de diagnóstico no se cubren en esta sección, consulte *Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Especiales* para conocer la cobertura de los procedimientos de diagnóstico y otros Servicios cubiertos.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Servicios de Fertilidad

Cubrimos los siguientes Servicios de fertilidad:

1. Procedimientos estándares de preservación de la fertilidad que se le realicen a usted o a su dependiente y que son necesarios desde el punto de vista médico para preservar su fertilidad o la de su dependiente debido a la necesidad de un tratamiento médico que pueda causar infertilidad iatrogénica directa o indirectamente. Estos procedimientos incluyen la recolección y criopreservación de espermatozoides y ovocitos, evaluaciones, evaluaciones de laboratorio, medicamentos y tratamientos asociados con la recolección y criopreservación de espermatozoides y ovocitos.

Definiciones:

- **Infertilidad iatrogénica:** Deficiencia de la fertilidad ocasionada directa o indirectamente por una cirugía, quimioterapia, radiación u otro tratamiento médico que afecta los órganos o los procesos reproductivos.
- **Tratamiento médico que puede ocasionar, directa o indirectamente, infertilidad iatrogénica:** Tratamiento médico con un posible efecto secundario de infertilidad según lo establecido por la American Society for Reproductive Medicine, el American College of Obstetricians and Gynecologist o la American Society of Clinical Oncology.
- **Procedimientos estándares de preservación de la fertilidad:** Procedimientos para preservar la fertilidad de acuerdo con las prácticas médicas establecidas y las pautas profesionales publicadas por la American Society for Reproductive Medicine, el American College of Obstetricians and Gynecologist o la American Society of Clinical Oncology.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusión Específica de los Beneficios:

1. Cualquier cargo relacionado con la descongelación y el almacenamiento de los óvulos (ovocitos) de la Miembro mujer o de los espermatozoides del Miembro hombre.

Servicios de Habilitación

Cubrimos los Servicios de Habilitación que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico sin límite de consultas para niños hasta el final del mes en que cumplen diecinueve (19) años. Los Servicios de Habilitación Necesarios desde el Punto de Vista Médico son aquellos Servicios y dispositivos, incluida la terapia ocupacional, la fisioterapia y la terapia del habla, que ayudan a un niño a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Los Servicios que son Necesarios desde el Punto de Vista Médico para tratar el autismo y los trastornos del espectro autista deben incluir el análisis del comportamiento aplicado (Applied Behavioral Analysis, ABA).

Consulte a continuación las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Servicios proporcionados por medio de programas de intervención temprana federales, estatales o locales, incluidos los programas escolares.
2. Servicios no autorizados previamente por el Plan de Salud.

Servicios para la Audición

Exámenes de Audición

Cubrimos las pruebas de audición para determinar la necesidad de una corrección auditiva, cuando las ordena un Proveedor del Plan. Consulte **Servicios de Atención Preventiva para la Salud** para conocer la cobertura de exámenes auditivos para recién nacidos.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Audífonos

Un audífono es un dispositivo que tiene un diseño y un circuito para optimizar la audibilidad y las habilidades de escucha en el entorno comúnmente experimentado por los niños, y no es desechable.

Para niños hasta el final del mes en que cumplen diecinueve (19) años

Cubrimos un audífono para cada oído con deficiencia auditiva cada treinta y seis (36) meses.

Consulte a continuación las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

Con excepción de lo que se indicó anteriormente para los audífonos para niños, se aplican las siguientes excepciones:

1. Audífonos o pruebas para determinar un audífono adecuado y su eficacia, excepto como se señala específicamente en esta sección, o según lo establecido en la *Cláusula de Servicios para la Audición*, según corresponda.
2. Partes de repuesto y baterías.
3. Reemplazo de audífonos que se hayan perdido o que estén rotos.
4. Equipos o funciones para comodidad, conveniencia o lujo.

Atención Médica a Domicilio

Cubrimos los siguientes Servicios de atención médica a domicilio, solo si está confinado esencialmente a su hogar, y solo si un Médico del Plan determina que es factible supervisar y controlar de manera efectiva su atención médica a domicilio:

1. atención de enfermería especializada;
2. Servicios de un auxiliar de salud a domicilio, y
3. Servicios médico-sociales.

Los Servicios de Salud Domiciliaria son Servicios de salud Necesarios desde el Punto de Vista Médico y pueden ser proporcionados por el personal de atención médica de manera segura y efectiva en su hogar y los ordena un Proveedor del Plan. Incluyen consultas que realizan los enfermeros titulados, los enfermeros profesionales o los auxiliares de salud a domicilio que trabajan bajo la supervisión o la dirección de un enfermero titulado o un médico.

También cubrimos cualquier otro Servicio para pacientes ambulatorios, según se describe en esta sección, que ha sido autorizado por su Médico del Plan por ser Necesario desde el Punto de Vista Médico y que se brinda de manera adecuada en el hogar.

Consultas de Salud Domiciliaria Después de una Mastectomía o Extirpación de un Testículo

Cubrimos el costo de los Servicios de hospitalización por un mínimo de cuarenta y ocho (48) horas después de una mastectomía. Un Miembro puede solicitar una estadía más corta después de una mastectomía si decide, en la consulta con su médico adjunto, que necesita menos tiempo para su recuperación.

Cubrimos el costo de una consulta domiciliaria para una Miembro que permanece en el hospital durante al menos cuarenta y ocho (48) horas después de la mastectomía, si el médico adjunto la prescribe. Los Miembros que se sometan a una mastectomía o a la extirpación de un testículo como pacientes ambulatorios, así como los Miembros que estén hospitalizados durante menos de cuarenta y ocho (48) horas después de la cirugía, tienen cobertura de lo siguiente:

1. Una consulta programada domiciliaria que ha de realizarse dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a su alta del hospital o del centro de atención para pacientes externos, y
2. Una consulta adicional domiciliaria, si es que la prescribe el médico adjunto del paciente.

Pueden establecerse limitaciones adicionales en el *Resumen de Servicios y Costos Compartidos*.

Consulte a continuación la limitación y las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Limitación Específica de los Beneficios:

1. Las consultas de atención médica a domicilio no deben durar más de dos (2) horas cada una. La atención intermitente no excederá las tres (3) consultas en un mismo día.

Nota: Si una consulta dura más de dos (2) horas, entonces cada nuevo período adicional de dos (2) horas cuenta como otra consulta. Por ejemplo, si un enfermero permanece en su hogar durante tres (3) horas y luego se va, eso cuenta como dos (2) consultas. Además, cada persona que le proporcione Servicios se cuenta para ese límite de consultas. Por ejemplo, si un auxiliar de salud a domicilio y un enfermero están en su hogar a la vez durante las mismas dos (2) horas, eso cuenta como dos (2) consultas.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Atención de custodia (consulte la definición en *Exclusiones* en esta sección).
2. Administración de rutina de medicamentos orales, de gotas para los ojos o de ungüentos.
3. Atención de mantenimiento general en colostomía, ileostomía o ureterostomía.
4. Suministros médicos o vendajes aplicados por un Miembro o cuidador de la familia.
5. Aparatos correctivos, ayudas artificiales y dispositivos ortopédicos.
6. Servicios para labores domésticas.
7. Servicios no autorizados previamente por el Plan de Salud.
8. Servicios que un Proveedor del Plan determina que podrían proporcionarse en un Centro del Plan y que proporcionamos u ofrecemos para brindar esa atención en uno de esos centros de atención.
9. Costos del servicio de transporte y entrega a domicilio de Equipo Médico Duradero, medicamentos y fármacos, suministros médicos y suplementos.

Servicios de Cuidados Paliativos

Los Servicios de Cuidados Paliativos son solo para Miembros con padecimientos terminales. 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 Servicios de cuidados paliativos en su hogar o en un centro para pacientes hospitalizados, en lugar de los Servicios tradicionales que en otros casos se brindan para su enfermedad. Cubrimos los Servicios de Cuidados Paliativos en su hogar si un Médico del Plan determina que es factible supervisar y controlar de manera eficaz la atención médica en su hogar.

Cubrimos los Servicios de Cuidados Paliativos dentro de nuestra Área de Servicio y solo si los proporciona un Proveedor del Plan. Los Servicios de Cuidados Paliativos incluyen lo siguiente:

1. Atención de enfermería;
2. Fisioterapia, terapia ocupacional, del habla y respiratoria;
3. Servicios médico-sociales;
4. Servicios de un auxiliar de salud a domicilio;
5. Servicios para labores domésticas;
6. Suministros médicos, equipo y medicamentos que se necesiten para mantener la comodidad y controlar el dolor del Miembro con enfermedad terminal;
7. Medicamentos paliativos, conforme a nuestras pautas de la lista de medicamentos recetados disponibles;
8. Atención de un médico;
9. Atención hospitalaria de corto plazo (hospitalización mínima de 30 días), incluida la atención para el control del dolor y de síntomas agudos, si es Necesaria desde el Punto de Vista Médico;
10. Atención de Relevo hasta por catorce (14) días por contrato anual, limitada a cinco (5) días consecutivos para cualquier hospitalización;
11. Servicios de asesoramiento para el Miembro, para los Familiares y para su cuidador, que incluyen asesoría alimentaria para el Miembro y asistencia psicológica por duelo para los miembros de la familia o para el cuidador del Miembro durante un período de un (1) año después de la muerte del Miembro, y
12. Servicios de voluntarios de cuidados paliativos.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Atención para Pacientes Hospitalizados

Cubrimos los siguientes Servicios para pacientes hospitalizados en un Hospital del Plan, cuando los Servicios se proporcionen de manera general y habitual en hospitales generales para la atención de problemas médicos agudos en nuestra Área de Servicio:

1. Habitación y alimentación (incluye cama, comidas y alimentos especiales), puede ser una habitación privada cuando sea Necesaria desde el Punto de Vista Médico;
2. Atención especializada y unidades de cuidados críticos;
3. Atención general y especializada de enfermería;
4. Quirófano y sala de recuperación;
5. Servicios de Médicos y cirujanos del Plan, incluidas las consultas y tratamientos por parte de Especialistas;
6. Anestesia, incluidos los Servicios de un anesthesiólogo;
7. Suministros médicos;
8. Terapia respiratoria, y
9. Servicios médico-sociales y programación del alta hospitalaria.

Los Servicios de hospitalización adicionales están cubiertos, pero solo como se describe específicamente en esta sección y están sujetos a todos los límites y exclusiones para ese Servicio.

Servicios para la Infertilidad

Cubrimos los siguientes servicios para el diagnóstico y el tratamiento de la infertilidad involuntaria:

1. Inseminación artificial;
2. Fecundación in vitro (IVF), si:
 - a. Una Miembro casada cuyo Cónyuge es del sexo opuesto, los ovocitos de la Miembro casada se fertilizan con el esperma de su cónyuge; a no ser que:
 - i. El Cónyuge sea incapaz de producir y proporcionar esperma funcional y que la incapacidad para producir y proporcionar esperma funcional no sea el resultado de:
 - (a) Una vasectomía, u
 - (b) Otro método de esterilización voluntaria;
 - b. La Miembro casada y su Cónyuge tienen antecedentes de infertilidad involuntaria, lo que puede demostrarse con un historial de:
 - i. Relaciones sexuales durante al menos un (1) año sin un resultado exitoso de embarazo, cuando la Miembro y su Cónyuge sean de sexos opuestos, o
 - ii. Para una Miembro no casada o si la Miembro está casada y su Cónyuge son del mismo sexo, con tres (3) intentos de inseminación artificial durante el curso de dos (1) años sin un resultado exitoso de embarazo, o
 - c. La infertilidad de la Miembro no casada o del Miembro o del Cónyuge del Miembro está relacionada con cualquiera de los siguientes:
 - i. Endometriosis;
 - ii. La exposición del útero al dietilestilbestrol, normalmente conocido como DES;
 - iii. El bloqueo o la extirpación quirúrgica de una (1) o ambas trompas de Falopio (salpingectomía lateral o bilateral), o
 - iv. Factores masculinos anormales, incluida la oligospermia, que contribuyan a la infertilidad;
 - d. La Miembro no casada o la Miembro casada ha sido capaz de lograr un embarazo exitoso mediante un tratamiento de fertilidad menos costoso para el que hay cobertura disponible en virtud de esta EOC, y
 - e. Los procedimientos de fecundación in vitro (IVF) se realizan en los centros de atención médica que se ajustan a las guías o los estándares mínimos correspondientes emitidos por el American College of Obstetricians and Gynecologists o por la American Society for Reproductive Medicine, e

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

3. Inyección intracitoplasmática de esperma (Intracytoplasmic Sperm Injection, ICSI) si la Miembro cumple con las pautas médicas.

Nota: Los procedimientos de diagnóstico y medicamentos que se administren bajo la supervisión directa de un Proveedor del Plan están cubiertos conforme a esta disposición.

Consulte a continuación la limitación y las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitación Específica de los Beneficios:

1. La cobertura para los ciclos de transferencia de embriones de fertilización in vitro (IVF), incluido el procedimiento de transferencia de embriones congelados (frozen embryo transfer, FET), se limita a tres intentos por nacimiento vivo, sin exceder un beneficio máximo de por vida de \$100,000.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Cualquier cargo relacionado con la congelación, almacenamiento y descongelamiento de óvulos fertilizados (embriones), óvulos de una Miembro mujer o esperma de un Miembro hombre para futuros intentos.
2. Cualquier cargo relacionado con óvulos de donante, esperma de donante o embriones donados.
3. Servicios de infertilidad cuando la Miembro no cumpla con las pautas médicas establecidas por la American Society for Reproductive Medicine, el American College of Obstetricians and Gynecologists o la American Society of Clinical Oncology.
4. Servicios para revertir la infertilidad voluntaria inducida quirúrgicamente.
5. Servicios de infertilidad, cuando la infertilidad sea resultado de un procedimiento quirúrgico de esterilización voluntaria masculina o femenina.
6. Tecnologías y procedimientos reproductivos asistidos diferentes a los descritos anteriormente: transferencia intratubárica de gametos (gamete intrafallopian transfers, GIFT); transferencia intratubárica de cigotos (zygote intrafallopian transfers, ZIFT) y medicamentos de venta con receta relacionados con esos procedimientos.

Servicios de Maternidad

Cubrimos los Servicios de atención prenatal y posnatal, los cuales incluyen las consultas de rutina y las que no son de rutina, las consultas de telemedicina, las radiografías, los análisis de laboratorio y los exámenes de especialidad. El Plan de Salud cubre las clases de alumbramiento y la asistencia para la lactancia materna, los suministros y el asesoramiento de parte de proveedores capacitados durante el embarazo o en el período posparto.

Cubrimos la atención obstétrica, que incluye:

1. Servicios proporcionados para alguna condición que normalmente no esté asociada con el embarazo;
2. Servicios para condiciones existentes previas al embarazo;
3. Servicios relacionados con el desarrollo de alguna condición de alto riesgo durante el embarazo, y
4. Servicios proporcionados para las complicaciones médicas durante el embarazo.

Se cubren los Servicios para la atención obstétrica que no es de rutina, sujeta al Costo Compartido aplicable para los Servicios de especialidad, diagnóstico o tratamiento.

Los Servicios de diagnóstico y tratamiento por enfermedad o lesión que reciba durante alguna consulta de cuidados de maternidad que no es de rutina están sujetos al Costo Compartido aplicable.

Cubrimos los Servicios de hospitalización de usted y de su recién nacido para una estadía mínima de cuarenta y ocho (48) horas después de un parto vaginal sin complicaciones, y de noventa y seis (96) horas después de un parto por cesárea sin complicaciones. También cubrimos las consultas de atención médica posparto domiciliarias tras el alta, siempre que las prescriba el proveedor que le atiende.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

El parto como paciente ambulatoria y los Servicios asociados (es decir, los centros de partos) están cubiertos, sujetos al Costo Compartido correspondiente.

Durante la consulta, con su médico, usted puede solicitar una estancia de menor duración. En tal caso, cubriremos una consulta de salud domiciliaria programada para llevarse a cabo durante las veinticuatro (24) horas posteriores al alta hospitalaria, y una consulta domiciliaria adicional si así lo prescribe el proveedor que la atiende.

Se cubren hasta cuatro (4) días de hospitalización adicional para el recién nacido si se requiere que la madre inscrita permanezca hospitalizada después del parto por razones médicas.

Educación y orientación integral en lactancia (amamantamiento) por parte de médicos calificados, durante el embarazo o el período de posparto, por cada nacimiento. El equipo de amamantamiento se entrega por cada embarazo. La bomba de lactancia (y cualquier equipo que se necesite para que la bomba funcione) está cubierta y la miembro no tiene que pagar ningún costo compartido.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Los suministros personales y de conveniencia asociados con el equipo de lactancia materna como las almohadillas, los biberones y los cargadores para bebés.
2. Servicios para partos de recién nacidos realizados en el hogar.

Alimentos Médicos

Cubrimos los alimentos médicos y los productos alimenticios modificados bajos en proteínas para el tratamiento de enfermedades metabólicas hereditarias, causadas por alguna anomalía hereditaria de la química corporal, incluida alguna enfermedad para la cual el Estado evalúa a los bebés recién nacidos. Se proporciona cobertura si los alimentos médicos y los productos alimenticios bajos en proteínas son recetados por ser Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el tratamiento terapéutico de enfermedades metabólicas heredadas y si se administran bajo la supervisión de un Proveedor del Plan.

Los alimentos médicos son para el tratamiento alimentario de una enfermedad o condición para la cual los requerimientos nutricionales se establecieron mediante una evaluación médica y están diseñados para ser consumidos o administrados internamente (es decir, directamente al estómago o a los intestinos a través de una sonda) bajo la supervisión de un Proveedor del Plan.

Los alimentos modificados bajos en proteínas son productos alimenticios que:

1. Están formulados especialmente para tener menos de un (1) gramo de proteína por porción, y
2. Son creados para usarlos bajo la supervisión de un Proveedor del Plan para el tratamiento alimentario de una enfermedad metabólica heredada.

Fórmula Elemental Basada en Aminoácidos (Medicamentos, Suministros y Suplementos)

Cubrimos la fórmula elemental basada en aminoácidos, independientemente del método de ingestión, para el diagnóstico y tratamiento de:

1. Alergias mediadas por Inmunoglobulina E y no por Inmunoglobulina E a múltiples proteínas alimentarias;
2. Síndrome severo de enterocolitis inducido por proteínas alimentarias;
3. Trastornos eosinofílicos, como lo demuestran los resultados de una biopsia, y
4. Deterioro de la absorción de nutrientes causada por trastornos que afectan la superficie de absorción, la longitud funcional y la motilidad del tracto gastrointestinal.

Se proporcionará la cobertura si el médico solicitante emitió una orden por escrito indicando que la fórmula elemental basada en aminoácidos es Necesaria desde el Punto de Vista Médico para el tratamiento de alguna enfermedad o trastorno mencionados anteriormente. El Plan de Salud o un agente revisor privado que actúen a nombre del Plan de Salud puede revisar cómo el médico tratante

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

determinó la Necesidad Médica de la fórmula elemental basada en aminoácidos para el tratamiento de una enfermedad o trastorno mencionados anteriormente.

Consulte a continuación las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Alimentos médicos para el tratamiento de cualquier condición que no sea una enfermedad metabólica hereditaria.
2. Fórmula elemental basada en aminoácidos para el tratamiento de cualquier condición que no sea una de las mencionadas anteriormente.

Terapia y Asesoramiento Nutricional Médico

Se proporciona cobertura para el asesoramiento nutricional Necesario desde el Punto de Vista Médico y la terapia médica nutricional que proporcione un dietista o nutriólogo certificado, el Médico del Plan, un médico adjunto o un enfermero profesional médico, para un individuo en riesgo debido a:

1. antecedentes nutricionales;
2. consumo alimentario actual;
3. uso de medicamentos, o
4. enfermedad o condición crónica.

La cobertura también se proporciona para terapia nutricional Necesaria desde el Punto de Vista Médico, llevada a cabo por un dietista o nutriólogo certificado, que trabaje en coordinación con un Médico de Atención Primaria del Plan, para tratar alguna enfermedad o condición crónica.

Servicios por Obesidad Mórbida

Cubrimos el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida que sea:

1. Reconocido por los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health, NIH) como eficaz en revertir la obesidad mórbida a largo plazo, y
2. Congruente con las pautas aprobadas por los NIH.

Dicho tratamiento se cubrirá en la misma medida que se hace con otros procedimientos quirúrgicos Necesarios desde el Punto de Vista Médico, de acuerdo con esta EOC.

Obesidad mórbida se refiere a tener un Índice de Masa Corporal (IMC) que sea:

1. Mayor de cuarenta (40) kilogramos por metro cuadrado, o
2. Igual o mayor a treinta y cinco (35) kilogramos por metro cuadrado, con una condición médica comórbida, incluida la hipertensión, una condición cardiorrespiratoria, apnea del sueño o diabetes.

El índice de masa corporal es un indicador práctico que se usa para evaluar el grado de obesidad y se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros cuadrados.

Cirugía Bucal

Cubrimos el tratamiento de tumores en los que es necesaria una biopsia por motivos patológicos.

También cubrimos el tratamiento de defectos congénitos significativos que causen deficiencia funcional, que se hallen en la cavidad oral o en el área de la mandíbula, que sean similares a una enfermedad o que ocurran en otras partes del cuerpo, incluidos los procedimientos médicos o quirúrgicos Necesarios desde el Punto de Vista Médico y que se ubiquen dentro de o sean adyacentes a la cavidad oral o a los senos paranasales.

Para fines de este beneficio, la cobertura de enfermedades y lesiones de la mandíbula incluye:

1. Fracturas de mandíbula o de los huesos faciales;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

2. Extirpación de quistes de origen no dental o de tumores, incluidos todos los costos de laboratorio relacionados previos a la extirpación, y
3. Cirugía correctiva de malformación de la mandíbula cuando dicha malformación provoca una deficiencia significativa en el habla y en la nutrición del Miembro, y cuando se demuestre dicha deficiencia mediante exámenes y consultas con los Proveedores del Plan adecuados.

Para fines de este beneficio, la cobertura de los defectos congénitos significativos que provoquen deficiencia funcional debe:

1. Evidenciarse mediante la historia clínica documentada que muestre una deficiencia significativa en el habla o un déficit en la nutrición, y
2. Basarse en exámenes que un Proveedor del Plan realizó al Miembro.

Nota: Deficiencia funcional se refiere a una función anatómica, contrario a una función psicológica.

Servicios para la Articulación Temporomandibular

Se proporciona cobertura para:

1. Cirugía ortognática, incluida la cirugía para pacientes hospitalizados y ambulatorios, para corregir el síndrome de disfunción y dolor de la articulación temporomandibular (temporomandibular joint, TMJ) y los servicios de la articulación craneomandibular, que se requieran debido a una condición médica o lesión que evite la función normal de la articulación o del hueso y se considere Necesaria desde el Punto de Vista Médico para lograr una capacidad funcional de la parte afectada;
2. Aparatos removibles para el reposicionamiento de la TMJ;
3. Inyecciones terapéuticas para la TMJ.

El Plan de Salud proporciona cobertura para labio leporino, paladar hendido o para ambos, bajo un beneficio por diferente. Consulte ***Labio Leporino, Paladar Hendido o Ambos***.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Servicios de cirugía bucal cuando el aspecto funcional sea mínimo y no amerite una cirugía por sí mismo.
2. Cargos por exámenes de laboratorio relacionados con quistes que se consideren dentales según nuestras normas.
3. Servicios de ortodoncia.
4. Aparatos dentales.

Atención a Pacientes Ambulatorios

Cubrimos la siguiente atención a pacientes ambulatorios para medicina preventiva, diagnóstico y tratamiento:

1. Consultas de Atención Primaria para medicina interna, medicina familiar, pediatría y Servicios de ginecología y obstetricia preventiva de rutina. (Consulte ***Servicios de Atención Preventiva para la Salud*** para conocer la cobertura de los Servicios de atención preventiva);
2. Consultas de atención especializada.(Consulte la ***Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita*** para obtener más información sobre las referencias a Especialistas del Plan);
3. Consultas y vacunas para viajes al extranjero;
4. Pruebas de diagnóstico para la atención o el tratamiento de alguna enfermedad o para la evaluación de alguna enfermedad para la cual se haya determinado que usted está en alto riesgo de contraerla, incluidas, entre otras:
 - a. Exámenes de diagnóstico, incluidos los exámenes rectales digitales y pruebas del antígeno prostático específico (prostate specific antigen, PSA), que se proporcionan:
 - i. A hombres de entre 40 y 75 años de edad;
 - ii. A pacientes varones que tienen alto riesgo de padecer cáncer de próstata;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

- iii. Cuando se usen para guiar el control de un paciente en el monitoreo de su respuesta en el tratamiento del cáncer de próstata, o
- iv. Cuando se use para la estadificación al determinar la necesidad de una gammagrafía ósea en pacientes con cáncer de próstata.
- b. Detección de cáncer colorrectal, específicamente detección con una prueba anual de sangre oculta en heces, sigmoidoscopia flexible o colonoscopia o, en circunstancias apropiadas, imágenes diagnósticas radiológicas, para personas con alto riesgo de padecer cáncer de acuerdo con las pautas más recientes publicadas por la Sociedad Americana Contra el Cáncer. Su colonoscopia de detección inicial será preventiva; Su colonoscopia de detección inicial será preventiva;
- c. Se proporciona la medición de la masa ósea para el diagnóstico y tratamiento de la osteoporosis cuando un proveedor de atención médica solicite la medición de la masa ósea para una persona que cumpla los requisitos. Una “persona que cumpla los requisitos” es alguien:
 - i. Que tiene deficiencia de estrógeno y se encuentra en riesgo clínico de padecer osteoporosis;
 - ii. Con un signo específico que sugiera osteoporosis espinal, incluida la osteopenia roentgenográfica o evidencia de osteopenia roentgenográfica que sugiera colapso, acunamiento o hinchazón de uno o más cuerpos vertebrales torácicos o lumbares, que sea candidato para la intervención terapéutica o para una evaluación diagnóstica integral de una enfermedad ósea metabólica;
 - iii. Que reciba terapia a largo plazo de glucocorticoides (esteroides);
 - iv. Con hiperparatiroidismo primario, o
 - v. Que se le supervise para evaluar la respuesta o la eficacia de una farmacoterapia para la osteoporosis aprobada.
5. Cirugía ambulatoria;
6. Anestesia, incluidos los Servicios de un anesthesiólogo;
7. Terapia respiratoria;
8. Servicios médico-sociales;
9. Consultas a domicilio cuando la atención pueda proporcionarse de mejor manera en su hogar según lo determine un Proveedor del Plan;
10. Atención de urgencia después del horario normal que reciba después del horario de atención regular del Proveedor o del Centro del Plan. Consulte **Atención de Urgencia** para conocer los Servicios cubiertos;
11. Programas de consejería para dejar de fumar, y
12. Servicios para el linfedema. Consulte **Equipo Médico Duradero** para conocer los Servicios cubiertos.

Nota: Como se describió aquí, las pruebas de diagnóstico no son atención médica preventiva y pueden incluir una visita al consultorio, cirugía ambulatoria, imágenes diagnósticas o radiografías y análisis de laboratorio. Se aplicará el Costo Compartido correspondiente con base en el lugar y el tipo de Servicio que se proporcione.

Consulte **Servicios de Atención Preventiva para la Salud** para conocer la cobertura de pruebas de atención preventiva y Servicios de detección.

Los Servicios ambulatorios adicionales están cubiertos, pero solo como se describe específicamente en esta sección y están sujetos a todos los límites y exclusiones para ese Servicio.

Servicios de Atención Preventiva para la Salud

Cubrimos los siguientes Servicios preventivos sin ningún requisito de Costo Compartido, como Deducibles, Montos de Copago o Montos de Coseguro para ningún Miembro que reciba cualquiera de los siguientes beneficios para los Servicios de Proveedores del Plan:

1. Artículos o servicios basados en evidencia con una puntuación vigente de “A” o “B” en las recomendaciones actuales del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos, excepto que deben considerarse sus recomendaciones actuales sobre las pruebas de detección, mamografías y prevención del cáncer de seno como las más actuales que no sean aquellas emitidas en o cerca de noviembre de 2009. (Para ver una lista actualizada de los servicios con una puntuación "A" o "B" del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos [United States Preventive Services Task Force, USPSTF], visite www.uspreventiveservicestaskforce.org);
2. Vacunaciones que tengan vigente una recomendación de parte del Comité de Asesoría de Prácticas de Vacunación de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades con respecto a la persona involucrada (Visite el Comité de Asesoría de Prácticas de Vacunación en <http://www.cdc.gov/vaccines/acip/index.html>);
3. Con respecto a los bebés, niños y adolescentes, atención preventiva y pruebas de detección basadas en evidencia estipuladas en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Visite la Administración de Recursos y Servicios de Salud [Health Resources and Services Administration, HRSA] en <http://mchb.hrsa.gov>), y
4. Con respecto a las mujeres, tales pruebas de detección y atención preventiva, no descritas en el párrafo 1 anterior, según lo dispuesto en las pautas integrales respaldadas por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Visite la HRSA en <http://mchb.hrsa.gov>).

El Plan de Salud actualizará las nuevas recomendaciones para los beneficios preventivos mencionados anteriormente según el programa establecido por el Secretario de Salud y Servicios Humanos.

Cubrimos Servicios de atención preventiva para la salud que sean adecuados desde el punto de vista médico, sin el requisito de Costo Compartido, con base en su edad, sexo u otros factores, según los determine su Médico de Atención Primaria del Plan, de acuerdo con los estándares nacionales de atención preventiva para la salud.

Estos Servicios incluyen el examen, las pruebas de detección y la interpretación para:

1. Exámenes de atención preventiva, incluidos:
 - a. Exámenes físicos de rutina y pruebas de detección de salud pertinentes para su edad y sexo;
 - b. Exámenes de bienestar de la mujer, y
 - c. Exámenes de bienestar infantil.
2. Vacunas de rutina y necesarias (las vacunas para viajeros no son preventivas y están cubierta en *Atención a Pacientes Ambulatorios*) para niños y adultos de acuerdo con las pautas del Plan. Las vacunas infantiles incluyen las vacunas contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, la poliomielitis, la hepatitis B, el sarampión, las paperas, la rubéola y otras vacunas que pueda indicar el Comisionado de Salud;
3. Una prueba de Papanicolaou anual, incluida la cobertura de cualquier tecnología de detección de citología ginecológica aprobada por la FDA;
4. Pruebas de detección de cáncer de seno (para el cual no se aplicará el Deducible, si corresponde):
 - a. De acuerdo con las últimas pautas de detección emitidas por la Sociedad Americana Contra el Cáncer, y
 - b. La tomosíntesis digital, comúnmente conocida como mamografía tridimensional “3-D”, tendrá cobertura cuando el médico tratante del Plan determine que es Necesaria desde el Punto de Vista Médico.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

5. Medición de la masa ósea para determinar el riesgo de osteoporosis;
6. Examen de detección de cáncer de próstata. Exámenes de diagnóstico médicamente reconocidos, incluidas las pruebas del antígeno prostático específico (PSA) y los exámenes rectales digitales, que se proporcionan:
 - a. Para hombres entre los cuarenta (40) y los setenta y cinco (75) años de edad o mayores;
 - b. Cuando se usen para guiar el control de un paciente en el monitoreo de su respuesta en el tratamiento del cáncer de próstata;
 - c. Cuando se use para la estadificación al determinar la necesidad de una gammagrafía ósea en pacientes con cáncer de próstata, o
 - d. Para Miembros varones que tienen alto riesgo de padecer cáncer de próstata.
7. Prueba de detección de cáncer colorrectal de acuerdo con las últimas pautas de detección emitidas por la Sociedad Americana Contra el Cáncer;
8. Prueba de colesterol (perfil de lípidos);
9. Pruebas de detección de la diabetes (prueba de glucosa en la sangre en ayunas);
10. Exámenes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) (incluida la clamidia, la gonorrea, la sífilis y el virus del papiloma humano [VPH]), sujetos a lo siguiente:
 - a. La detección anual de la clamidia está cubierta para:
 - i. Mujeres menores de 20 años si son sexualmente activas, y
 - ii. Mujeres de 20 años o más, y hombres de cualquier edad, que tienen múltiples factores de riesgo, los cuales incluyen:
 - a) antecedentes de enfermedades de transmisión sexual;
 - b) nuevas o múltiples parejas sexuales;
 - c) uso inconsistente de anticonceptivos de barrera, o
 - d) ectopía cervical;
 - b. Prueba de detección del virus del papiloma humano (VPH) en intervalos de prueba recomendados para detección citológica por el American College of Obstetricians and Gynecologists.
11. Pruebas de VIH;
12. Pruebas de tuberculosis (TB);
13. Pruebas de detección de la pérdida de la audición para recién nacidos proporcionadas por un hospital antes del alta médica;
14. Pruebas de laboratorio y radiológicas de atención preventiva asociadas no enumeradas anteriormente, y
15. Se cubren el asesoramiento y las pruebas genéticas del pruebas genéticas BRCA sin costo sin Costo Compartido. Cualquier tratamiento de seguimiento Necesario desde el Punto de Vista Médico se cubre con el Costo Compartido correspondiente con base en el tipo y el lugar del Servicio.

Conforme a la Notificación 2019-45 del IRS, se proporciona cobertura para Servicios de atención preventiva ampliados para análisis de laboratorios y pruebas de detección sin ningún requisito de Costo Compartido, como Copagos, montos de Coseguro y Deducibles:

1. Pruebas de detección de retinopatía para diabéticos
2. HbA1c para diabéticos
3. Análisis de laboratorio de lipoproteínas de baja densidad para personas con enfermedades del corazón
4. Análisis de laboratorio del índice internacional normalizado (INR) para insuficiencia hepática y trastornos hemorrágicos

Para la cobertura de glucómetros, consulte el beneficio *Equipo, Suministros y Capacitación de Autocontrol para la Diabetes* en esta *Lista de Beneficios*.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Para la cobertura de los medidores de flujo máximo, consulte el beneficio de *Equipo Médico Duradero* en esta *Lista de Beneficios*.

Nota: Consulte *Atención a Pacientes Ambulatorios* para conocer la cobertura de las pruebas de diagnóstico no preventivas y otros Servicios cubiertos.

Consulte a continuación las limitaciones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitaciones Específicas de los Beneficios:

Aunque se puede proporcionar tratamiento en las siguientes situaciones, los siguientes servicios no se consideran Servicios de atención preventiva para la salud. Se aplicará el Costo Compartido que corresponda:

1. Monitoreo de una enfermedad crónica.
2. Servicios de seguimiento después del diagnóstico de una enfermedad.
3. Servicios proporcionados cuando presenta signos o síntomas de padecer una enfermedad específica o del proceso de la enfermedad.
4. Las consultas ginecológicas que no sean de rutina.

Aparatos Protésicos y Ortopédicos

Cubrimos los dispositivos que se mencionan a continuación si son de uso general, destinados a su uso repetido, utilizados principal y habitualmente para fines médicos y generalmente no útiles para una persona que no está enferma o lesionada. La cobertura incluye la adaptación y el ajuste de estos dispositivos, su reparación o reemplazo (excepto por extravío, mal uso o robo) y los Servicios para determinar si necesita un Aparato Protésico. Si no cubrimos el Aparato Protésico, intentaremos ayudarle a encontrar un centro de atención donde usted pueda obtener lo que necesita por un precio razonable. La cobertura se limita al Aparato Protésico que se considere Necesario desde el Punto de Vista Médico al cumplir con las indicaciones y limitaciones de cobertura y la necesidad médica establecidas en la Base de Datos de Cobertura de Medicare.

Protésicos Internos

Cubrimos los aparatos internos Necesarios desde el Punto de Vista Médico implantados durante una cirugía, como marcapasos, implantes de lentes intraoculares monofocales, articulaciones y caderas artificiales, implantes de senos después de una mastectomía (consulte *Cirugía Reconstructiva* a continuación) e implantes cocleares, que estén aprobados por la FDA para uso general.

Aparatos Protésicos y Ortopédicos Externos

Cubrimos los siguientes Aparatos Protésicos y Ortopédicos externos cuando los prescriba un Proveedor del Plan:

1. Aparatos Protésicos externos (que no sean dentales) que reemplacen total o parcialmente la función de una parte del cuerpo permanentemente inoperante o defectuosa.
2. Aparatos Ortopédicos externos rígidos y semirrígidos que se usan con el propósito de sostener un miembro del cuerpo débil o deformado, o para restringir o eliminar el movimiento en una parte del cuerpo enferma o lesionada. Los ejemplos de Aparatos Ortopédicos cubiertos incluyen, entre otros, aparatos ortopédicos para las piernas, los brazos, la espalda y el cuello.
3. La adaptación y el ajuste de estos aparatos, su reparación o reemplazo (excepto por extravío, mal uso o robo) y los servicios para determinar si necesita un Aparato Protésico u Ortopédico.

Brazos, Piernas u Ojos Artificiales

Cubrimos:

1. Aparatos artificiales para reemplazar, total o parcialmente, una pierna, un brazo o un ojo;
2. Componentes de un aparato artificial para reemplazar, total o parcialmente, una pierna, un brazo o un ojo, y

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

3. Reparaciones de un aparato artificial para reemplazar, total o parcialmente, una pierna, un brazo o un ojo.

El brazo, la pierna o el ojo artificiales o el componente se considerará Necesario desde el Punto de Vista Médico si cumple con las indicaciones y limitaciones de cobertura y necesidad médica establecidas en la Base de Datos de Cobertura de Medicare.

Equipo y Suministros para Ostomía y Urológicos

Cubrimos los suministros para ostomía y urológicos cuando los recete un Proveedor del Plan y su condición médica cumpla con los criterios del Plan de Salud para considerarse Necesarios desde el Punto de Vista Médico. El equipo y los suministros cubiertos incluyen, entre otros:

1. placas;
2. bolsas de recolección;
3. abrazaderas;
4. dispositivos de irrigación;
5. productos de sanitización;
6. anillos de ostomía;
7. correas de ostomía, y
8. sondas usadas para el drenaje de urostomías.

Prótesis Mamarias y de Cabello

Cubrimos prótesis mamarias y sostenes de mastectomía después de una mastectomía Necesaria desde el Punto de Vista Médico. La cobertura incluye prótesis mamarias internas y externas hechas a medida, independientemente de cuándo se realizó la mastectomía. La cobertura también incluye prótesis mamarias para la mama no enferma con el fin de lograr la simetría.

Además, cubrimos una prótesis de cabello necesaria para un Miembro cuya pérdida de cabello es resultado de quimioterapia o radioterapia para tratar el cáncer.

Consulte a continuación las limitaciones y exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitaciones Específicas de los Beneficios:

1. La cobertura para sostenes de mastectomía se limita a un máximo de cuatro (4) por contrato anual.
2. La cobertura de las prótesis capilares se limita a una (1) prótesis por ciclo de quimioterapia o radioterapia sin exceder un beneficio máximo de \$350 por prótesis.
3. Dispositivos estándares: La cobertura se limita a los dispositivos estándares que satisfacen adecuadamente sus necesidades médicas.
4. La cobertura de zapatos y plantillas terapéuticos se limita a las personas con enfermedad grave del pie diabético u otra enfermedad vascular.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Prótesis mamarias implantadas internamente con fines estéticos.
2. Reparación o reemplazo de un aparato protésico debido a pérdida, robo o uso indebido.
3. Aparatos protésicos externos controlados por microprocesador o robóticos que no estén cubiertos de acuerdo con la Base de Datos de la Cobertura de Medicare.
4. Más de un equipo o aparato para la misma parte del cuerpo, excepto en el caso de los reemplazos, los aparatos de repuesto o los aparatos de uso alternativo.
5. Prótesis, dispositivos y aparatos dentales, excepto como se señala específicamente en esta sección, o según lo dispuesto en una *Cláusula para la Cobertura de Atención Dental del Plan* o en una *Cláusula para cobertura de Atención Dental Pediátrica del Plan*, si corresponde.
6. Audífonos, excepto como se señala específicamente en esta sección, o según lo establecido en la *Cláusula para la Cobertura de Servicios para la Audición*, si corresponde.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

7. Lentes y anteojos correctivos, excepto como se señala específicamente en esta sección.
8. Calzado ortopédico u otros aparatos de apoyo, a menos que el calzado sea una parte integral de un soporte para la pierna; o a menos que se haya mencionado en la sección anterior.
9. Aparatos y suministros no rígidos, incluidas medias jobst, prendas y medias elásticas, y ligueros, excepto cuando sean Necesarios desde el Punto de Vista Médico para el tratamiento del linfedema.
10. Equipos o funciones de comodidad, conveniencia o lujo.

Cirugía Reconstructiva

Cubrimos la cirugía reconstructiva para:

1. Corregir una desfiguración significativa como resultado de una lesión o de una cirugía Necesaria desde el Punto de Vista Médico;
2. Corregir un defecto, enfermedad o anomalía congénitos para producir una mejora significativa en alguna función física, y
3. Tratar un hemangioma congénito, conocido como manchas de vino oporto, en la cara.

Se cubre el aumento de los senos solo si se determina que es Necesario desde el Punto de Vista Médico. Después de la mastectomía, cubrimos la cirugía reconstructiva de los senos y todas las etapas de reconstrucción del seno no enfermo para producir una apariencia simétrica, y el tratamiento de las complicaciones físicas de todas las etapas de la mastectomía, incluidos los linfedemas, de una manera determinada en consulta con el médico adjunto y con la paciente. La mastectomía es la eliminación quirúrgica de todo o de una parte de un seno. La cirugía reconstructiva de seno se refiere a una cirugía que se hace como consecuencia de una mastectomía para restablecer la simetría entre los dos senos. La cirugía reconstructiva de los senos incluye la mamoplastia de aumento, la mamoplastia de reducción y la mastopexia.

Consulte a continuación las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

Cirugía estética, cirugía plástica u otros Servicios, suministros, preparaciones y ungüentos dermatológicos, además de los mencionados anteriormente, indicados principalmente para mejorar su apariencia o que no es probable que mejoren de manera significativa la función física. Algunos ejemplos de los Servicios dermatológicos estéticos excluidos son:

1. Eliminación de lunares o de otros crecimientos cutáneos benignos solo por apariencia;
2. Exfoliaciones químicas, y
3. Reparaciones de lóbulos de la oreja perforados, excepto la reparación de una laceración hemorrágica grave.

Cuidado Rutinario de los Pies

Se proporciona cobertura para el cuidado rutinario de los pies Necesario desde el Punto de Vista Médico para pacientes con diabetes u otra enfermedad vascular.

Consulte a continuación la limitación y la exclusión específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitación Específica de los Beneficios:

1. La cobertura se limita al tratamiento de los pies Necesario desde el Punto de Vista Médico para pacientes con diabetes u otra enfermedad vascular.

Exclusión Específica de los Beneficios:

1. El cuidado rutinario de los pies no se proporciona a los Miembros que no cumplan los requisitos de las limitaciones de este beneficio.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Atención en un Centro de Enfermería Especializada

Cubrimos los Servicios para pacientes hospitalizados en un Centro de Enfermería Especializada autorizado. Los Servicios especializados para pacientes hospitalizados son aquellos que habitualmente se proporcionan en un Centro de Enfermería Especializada. No es necesaria una hospitalización previa de tres (3) días en un hospital de atención de problemas médicos agudos.

Ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:

1. habitación y alimentación;
2. atención de médicos y enfermería;
3. Servicios médico-sociales;
4. suministros médicos y biológicos, y
5. terapia respiratoria.

Nota: Los siguientes Servicios están cubiertos, pero no bajo esta disposición:

1. Sangre (consulte *Sangre, productos derivados de la sangre y su administración*);
2. Medicamentos (consulte *Medicamentos, suministros y suplementos*);
3. Equipo médico duradero comúnmente proporcionado por un Centro de atención de enfermería especializada, incluido el oxígeno y el equipo para suministrarlo (consulte *Equipo Médico Duradero*);
4. Fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla (consulte *Servicios de Terapia y Rehabilitación*), y
5. Radiografías, laboratorio y procedimientos especiales (consulte *Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Especiales*).

Consulte a continuación las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Atención de custodia (consulte la definición en *Exclusiones* en esta sección).
2. Cuidados Domiciliarios.

Servicios de Telemedicina

Cubrimos los Servicios de telemedicina que de otra forma estarían cubiertos en esta sección si se proporcionarían cara a cara.

Servicios de telemedicina se refiere a la prestación de Servicios de atención médica mediante el uso de audio, video u otros medios electrónicos interactivos con fines de diagnóstico, consulta o tratamiento relacionados con la prestación de Servicios de Atención Médica cubiertos, incluidos los Servicios de atención de salud mental proporcionados al Miembro en el hogar.

Consulte a continuación las exclusiones específicas del beneficio para obtener información adicional.

Exclusión Específica de los Beneficios:

1. Servicios prestados a través de teléfonos que son solo de audio, mensajes de correo electrónico o transmisiones por fax. No todos los servicios médicos son pertinentes para la telemedicina, por lo que el proveedor determinará si el Miembro debe ser atendido en un consultorio médico cara a cara.

Servicios de Terapia y Rehabilitación

Servicios de Fisioterapia, Terapia Ocupacional y Terapia del Habla

Si, por criterio de un Médico del Plan, se puede lograr una mejora medible en las capacidades funcionales dentro de un período de noventa (90) días, cubrimos la fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla que se proporcione:

1. en un Centro Médico del Plan;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

2. en el consultorio médico de un Proveedor del Plan;
3. en un Centro de Enfermería Especializada o como parte de la atención médica a domicilio por contrato anual por lesión, incidente o condición;
4. a través de una visita por video; o
5. mientras esté confinado en un Hospital del Plan.

Consulte el *Resumen de Servicios y Costos Compartidos* para conocer las limitaciones de las consultas para los Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y terapia del habla. Las limitaciones no se aplican al tratamiento necesario de labio hendido o paladar hendido.

Nota: La terapia del habla incluye los Servicios necesarios para mejorar o enseñar las habilidades del habla, el lenguaje o la deglución, que son resultado de una enfermedad, cirugía, lesión, anomalía anatómica congénita o tratamiento médico previo, y tratará las dificultades de comunicación o deglución para corregir una discapacidad del habla.

Servicios de Rehabilitación Multidisciplinaria

Si, por criterio de un Médico del Plan, se puede lograr una mejora medible en las capacidades funcionales dentro de un período de dos (2) meses, cubrimos los Servicios de rehabilitación multidisciplinaria en un Hospital del Plan, un Centro Médico del Plan, el consultorio médico de un Proveedor del Plan o un Centro de Enfermería Especializada. La cobertura se limita a un máximo de dos (2) meses consecutivos de tratamiento por lesión, incidente o condición.

Los programas de Servicios de rehabilitación multidisciplinaria son programas diurnos para pacientes hospitalizados o ambulatorios que incorporan más de una (1) terapia a la vez en el tratamiento de rehabilitación.

Servicios de Rehabilitación Cardíaca

Cubrimos los Servicios de rehabilitación cardíaca Necesarios desde el Punto de Vista Médico, después de una cirugía coronaria o un infarto del miocardio, hasta por doce (12) semanas o treinta y seis (36) sesiones, lo que ocurra primero.

Los Servicios de rehabilitación cardíaca deben ser proporcionados o coordinados por un centro de atención aprobado por el Plan de Salud y que ofrezca pruebas de esfuerzo, ejercicios de rehabilitación y educación y asesoramiento.

Consulte a continuación las limitaciones y exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitaciones Específicas de los Beneficios:

1. La terapia ocupacional se limita al tratamiento para lograr y mantener un mejor cuidado personal y otras actividades habituales de la vida diaria, excepto como se menciona en *Servicios de Habilidadación* en esta *Lista de Beneficios*.
2. La fisioterapia se limita a la restauración de una función física existente, excepto como se menciona en *Servicios de Habilidadación* en esta *Lista de Beneficios*.

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Excepto como se menciona para los Servicios de rehabilitación cardíaca, no se proporciona cobertura para ninguna terapia que el Médico del Plan determine que no puede lograr una mejora medible de la función dentro de un período de tres (3) meses.
2. Servicios de terapia y rehabilitación a largo plazo.

Terapia: Radiación, Quimioterapia y Terapia de Infusión

Se proporciona cobertura para las consultas de quimioterapia, radiación y terapia de infusión.

Cubrimos los Servicios de terapia de infusión, que es el tratamiento mediante la colocación de agentes terapéuticos en la vena (incluida la medicina nuclear terapéutica) y la administración parenteral de medicamentos y nutrientes. Los Servicios de infusión incluyen la nutrición entérica, que es la administración de nutrientes por sonda directo al tracto gastrointestinal.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Estos Servicios incluyen la cobertura de todos los medicamentos administrados por vía intravenosa o parenteral. También brindamos cobertura para los diagnósticos, evaluaciones y tratamiento de trastornos neuropsiquiátricos autoinmunes pediátricos Necesarios desde el Punto de Vista Médico, relacionados con infecciones estreptocócicas y síndrome neuropsiquiátrico de inicio agudo pediátrico, incluido el uso de terapia de inmunoglobulina intravenosa.

Es posible que los Servicios de infusión se brinden en varios lugares de Servicio, incluidos centros de atención, consultorios de proveedores profesionales, centros ambulatorios de infusión y por medio de proveedores de infusión domiciliaria. El monto del Costo Compartido se aplicará según el lugar y el tipo de Servicio proporcionado.

También cubrimos los medicamentos orales de quimioterapia. Para obtener más información sobre este beneficio, consulte *Medicamentos, Suministros y Suplementos* en esta *Lista de Beneficios*.

Nota: Si un medicamento cubierto por este beneficio cumple el criterio de Medicamento Especializado, conforme a la sección §15-847 del Artículo de Seguro o es un medicamento para tratar la diabetes, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), según lo descrito en la sección §15-847.1 del Artículo de Seguro, entonces el costo del medicamento para el Miembro no superará los \$150 para un suministro de 30 días. Si este beneficio está sujeto a un Deducible, como se describe en el *Resumen de Costos Compartidos*, el Deducible debe cubrirse primero.

Trasplantes

Si se cumplen los siguientes criterios, cubrimos el rescate de células madre y los trasplantes de órganos, tejidos o médula ósea:

1. Cumple con todos los criterios médicos del Grupo Médico y del centro de atención donde se realiza el trasplante;
2. El centro de atención está certificado por Medicare, y
3. Un Proveedor del Plan hace la referencia por escrito para que lo atiendan en el centro de atención.

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

1. A menos que el Grupo Médico autorice otra cosa, se cubren los trasplantes solo en nuestra Área de Servicio.
2. Si el Grupo Médico o el centro que lo refiere determinan que no cumple los criterios respectivos para un trasplante, pagaremos solo los Servicios cubiertos que reciba antes de que se tome la determinación.
3. El Plan de Salud, los Hospitales del Plan, el Grupo Médico y los Proveedores del Plan no serán responsables de encontrar, suministrar o garantizar la disponibilidad de un donante de órganos o médula ósea.
4. Cubrimos los gastos médicos y hospitalarios razonables siempre que estos gastos estén directamente relacionados con un trasplante cubierto para un donante o una persona identificada por el Grupo Médico como un donante potencial, incluso si no es un Miembro.

Consulte a continuación la exclusión específica de los beneficios para obtener información adicional.

Exclusión Específica de los Beneficios:

1. Los Servicios relacionados con órganos no humanos o artificiales y su implantación.

Atención de Urgencia

Como se describe a continuación, tiene cobertura para los Servicios de Atención de Urgencia en cualquier parte del mundo. Su Copago o Coseguro será determinado por el lugar del Servicio (es decir, en el consultorio de un Proveedor o en un centro de atención de urgencia después del horario normal).

Los Servicios de Atención de Urgencia se definen como los Servicios que se requieren como resultado de una enfermedad o lesión repentina, la cual requiere atención inmediata, pero no de emergencia.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Dentro de Nuestra Área de Servicio

Cubriremos los cargos razonables por los Servicios de Atención de Urgencia recibidos por parte de los Proveedores del Plan y los Centros del Plan dentro del Área de Servicio.

Si necesita Servicios de Atención de Urgencia, por favor, llame a su Proveedor de Atención Primaria del Plan:

Si su Médico de Atención Primaria del Plan se encuentra en un Centro Médico del Plan, comuníquese con nosotros al 1-800-777-7902 o al 711 (TTY).

Si su Médico de Atención Primaria del Plan se encuentra en nuestra red de Proveedores del Plan, por favor, llame a su consultorio directamente. Encontrará su número de teléfono en el frente de su tarjeta de identificación.

Fuera de nuestra Área de Servicio

Si tiene una lesión o se enferma mientras se encuentra temporalmente fuera del Área de Servicio, cubriremos los cargos razonables por los Servicios de Atención de Urgencia, según se define en esta sección. Salvo lo dispuesto para cirugías de emergencia a continuación, toda la atención de seguimiento debe ser brindada por un Proveedor del Plan o un Centro del Plan.

Si obtiene la aprobación previa del Plan de Salud, los beneficios cubiertos incluyen el costo de la ambulancia necesaria u otros Servicios de transporte especiales necesarios desde el punto de vista médico para transportarlo a un Hospital del Plan o a un Centro Médico en el Área de Servicio, o en la Región del Kaiser Foundation Health Plan más cercana, para que reciba el tratamiento continuo o de seguimiento.

Atención de Seguimiento por Cirugía de Emergencia

En dichas situaciones en las que autorizamos, referimos o permitimos que usted tenga acceso a un centro de atención de emergencia de un hospital o a otro centro de atención de urgencia por una condición médica que requiere una cirugía de emergencia, haremos el reembolso al médico, cirujano oral, periodoncista o podiatra que realizó el procedimiento quirúrgico por la atención de seguimiento que:

1. Sea Necesaria desde el Punto de Vista Médico;
2. Esté relacionada directamente con la condición por la que se realizó el procedimiento quirúrgico, y
3. Se brinde en consulta con el Médico de Atención Primaria del Plan.

No impondremos ningún Copago ni otro requisito de costo compartido para la atención de seguimiento bajo esta disposición que exceda aquel que un Miembro debería pagar en caso de que los Proveedores del Plan hayan proporcionado la atención de seguimiento dentro de nuestra Área de Servicio.

Consulte a continuación la limitación y la exclusión específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Limitación Específica de los Beneficios:

1. No cubrimos los Servicios fuera de nuestra Área de Servicio para las condiciones que, antes de salir del Área de Servicio, usted debió saber que podían requerir Servicios fuera de nuestra Área de Servicio, como la diálisis para la ESRD, la atención posoperatoria después de una cirugía y el tratamiento para las infecciones crónicas, a menos que determinemos que usted se encontraba temporalmente fuera de nuestra Área de Servicio debido a una emergencia personal extrema.

Exclusión Específica de los Beneficios:

1. Los Servicios de Atención de Urgencia dentro de nuestra Área de Servicio que no hayan sido proporcionados por un Proveedor del Plan ni por un Centro del Plan.

Servicios para la Vista

Tratamiento Médico

Brindaremos cobertura para el tratamiento Necesario Desde el Punto de Vista Médico para enfermedades o lesiones en el ojo. Dicho tratamiento estará cubierto en la misma medida que otros tratamientos Necesarios Desde el Punto de Vista Médico para enfermedades o lesiones.

Exámenes de los Ojos para Adultos

Cubrimos exámenes de los ojos de rutina y necesarios, que incluyen:

1. Pruebas de rutina como salud ocular y pruebas de glaucoma, y
2. Exámenes de optometría para determinar la necesidad de la corrección de la vista y proporcionar recetas para lentes correctivos.

Exámenes de los Ojos Pediátricos

Cubrimos lo siguiente para niños hasta el final del mes en que el niño cumple 19 años:

1. Un examen de los ojos de rutina al año, que incluye:
 - a. Pruebas de rutina como salud ocular y pruebas de glaucoma, y
 - b. Exámenes de optometría de rutina para determinar la necesidad de la corrección de la vista y proporcionar recetas para lentes correctivos.

Anteojos Pediátricos y Armazones

Cubrimos, sin costo, lo siguiente para niños hasta el final del mes en que el niño cumple 19 años:

1. Un (1) par de anteojos por año;
2. Un (1) par de armazones por año de un conjunto de armazones seleccionado;
3. lentes de contacto regulares (en lugar de lentes y armazones) (según el empaque estándar para el tipo adquirido), o
4. hasta dos (2) pares de lentes de contacto por ojo al año que sean Necesarios Desde el Punto de Vista Médico. Además, ofrecemos cobertura para los siguientes Servicios:

Lentes para Anteojos

Ofrecemos un descuento en la compra de lentes para anteojos normales, incluidos los complementos, cuando se compran en una Tienda Óptica de Kaiser Permanente. Las lentes para anteojos normales son todas las lentes con un valor refractivo. Si solo un ojo necesita corrección, también proporcionamos una lente de equilibrio para el otro ojo.

Armazones

Ofrecemos un descuento en la compra de armazones de anteojos, cuando se compran en una Tienda Óptica de Kaiser Permanente. El descuento incluye el montaje de las lentes en el armazón, el ajuste original del armazón y un ajuste posterior.

Nota: Hay descuentos disponibles para lentes y armazones.

Lentes de Contacto

Ofrecemos un descuento en el ajuste inicial de lentes de contacto en una tienda óptica de Kaiser Permanente. Ajuste inicial se refiere a la primera vez que lo examinan para usar lentes de contacto en un Centro del Plan. El descuento incluye los siguientes Servicios:

1. ajuste de lentes de contacto;
2. par inicial de lentes de diagnóstico (para asegurar un ajuste adecuado);
3. capacitación para ponerse y quitarse los lentes de contacto, y
4. tres (3) meses de consultas de seguimiento.

También recibirá un descuento en su compra inicial de lentes de contacto si elige comprarlos al mismo tiempo.

Nota: Los Servicios adicionales para lentes de contacto están disponibles sin el descuento en cualquier tienda óptica de Kaiser Permanente.

Consulte a continuación las exclusiones específicas de los beneficios para obtener información adicional.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Exclusiones Específicas de los Beneficios:

1. Gafas de sol sin lentes correctivos a menos que sean Necesarios Desde el Punto de Vista Médico.
2. Cualquier cirugía de ojos realizada con el único propósito de corregir defectos refractivos del ojo, como la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo (por ejemplo: queratotomía radial, queratectomía foto-refractiva y procedimientos similares).
3. Ejercicios para los ojos.
4. Los lentes de contacto que no sean correctivos.
5. Los Servicios de lentes de contacto excepto el ajuste inicial y la compra de lentes de contacto conforme a lo dispuesto en esta sección.
6. El reemplazo de lentes o armazones perdidos o rotos.
7. Terapia ortóptica (entrenamiento del ojo).

Radiografías, Análisis de Laboratorio y Procedimientos Especiales

Cubrimos los siguientes Servicios solo cuando se receten como parte de la atención cubierta en otras partes de esta sección (por ejemplo, las imágenes diagnósticas y los análisis de laboratorio están cubiertas para los Servicios de pacientes ambulatorios solo en la medida en que los Servicios para pacientes ambulatorios estén cubiertos en *Atención a Pacientes Ambulatorios*):

1. Imágenes diagnósticas, incluidas las radiografías, mamografías de diagnóstico y ecografías;
2. Análisis de laboratorio, incluidas las pruebas para trastornos genéticos específicos, como el trastorno genético preimplantacional (preimplantation genetic disorder, PGD), para los que se disponga asesoría genética;
3. Procedimientos especiales, como:
 - a. electrocardiogramas
 - b. electroencefalogramas, e
 - c. inyección Intracitoplasmática de esperma (Intracytoplasmic Sperm Injection, ICSI) junto con el trastorno genético preimplantacional (PGD) si la Miembro cumple con los pautas médicas.
4. Laboratorio del sueño y estudios del sueño, e
5. Imágenes diagnósticas especializadas, que incluyen tomografía computarizada (TC), imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI), tomografías por emisión de positrones (TEP), estudios de diagnóstico de medicina nuclear y radiología intervencionista.

Nota: Consulte *Servicios de Atención Preventiva para la Salud* para conocer la cobertura de los Servicios de pruebas y exámenes de atención preventiva, como las mamografías de detección de rutina.

Exclusiones

Esta disposición proporciona información sobre los Servicios que el Plan de Salud no pagará, independientemente de si el Servicio es o no Necesario desde el Punto de Vista Médico.

Estas exclusiones se aplican a todos los Servicios que de otro modo estarían cubiertos conforme a este Acuerdo. Las exclusiones específicas de los beneficios que aplican solo a un Servicio en particular se indican en la *Lista de Beneficios* en esta sección.

Cuando un Servicio no está cubierto, quedan excluidos de la cobertura todos los Servicios, medicamentos o suministros relacionados con el Servicio no cubierto, excepto los Servicios que de otra forma cubriríamos para tratar complicaciones graves del Servicio no cubierto.

Por ejemplo, si le realizan una cirugía estética sin cobertura, no cubrimos los Servicios que usted recibe durante la preparación para la cirugía ni durante la atención de seguimiento. Si luego sufre una complicación que ponga en riesgo su vida, como una infección grave, esta exclusión no se aplicaría y cubriríamos cualquier Servicio que de otra forma estaría cubierto para tratar la complicación.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Los siguientes Servicios están excluidos de la cobertura:

1. **Servicios médicos alternativos:** Servicios de quiropráctica y acupuntura y cualquier otro Servicio de un quiropráctico, acupunturista, naturópata o terapeuta de masajes, excepto según se indique específicamente en la *Lista de Beneficios*, o según lo dispuesto en una Cláusula adjunta a esta EOC, si corresponde.
2. **Ciertos exámenes y Servicios:** Exámenes físicos y otros Servicios:
 - a. Necesarios para conseguir o conservar el empleo o para participar en programas para empleados;
 - b. Necesarios para obtener determinaciones sobre seguros, licencias o discapacidad, o
 - c. Por orden judicial o requerido para libertad condicional, excepto para los Servicios Necesarios desde el Punto de Vista Médico cubiertos en la *Lista de Beneficios* en esta sección.
3. **Servicios estéticos:** Los Servicios estéticos incluidos la cirugía o los Servicios relacionados, y otros Servicios con fines estéticos para mejorar la apariencia, pero no para restaurar la función del organismo o corregir la deformidad resultante de una enfermedad, trauma o anomalías congénitas o del desarrollo. Ejemplos de Servicios estéticos incluyen, entre otros, la dermatología estética, los Servicios quirúrgicos estéticos y los Servicios dentales estéticos. Los lentes de contacto estéticos no se aplican a esta exclusión cuando estén cubiertos en *Servicios para la Vista* en la *Lista de Beneficios* de esta sección.
4. **Atención de Custodia:** La atención de custodia se refiere a la ayuda para las actividades de la vida diaria (por ejemplo: caminar, acostarse y levantarse de la cama, bañarse, vestirse, comer, ir al baño y tomar medicamentos) o la 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 certificado.
5. **Atención dental:** La atención y las radiografías dentales, incluidos los aparatos dentales, implantes dentales, ortodoncia, acortamiento de la mandíbula o el maxilar por motivos estéticos, corrección de la maloclusión, Servicios dentales que resulten de tratamiento médico, como cirugía en la mandíbula y radioterapia, a menos que estén cubiertos por una Cláusula adicional adjunta a esta EOC. Esta exclusión no se aplica a la atención dental necesaria desde el punto de vista médico cubierta en *Servicios para Lesiones Dentales Accidentales, Labio Leporino Paladar Hendido o Ambos* o *Cirugía Bucal* en la *Lista de Beneficios* de esta sección.
6. **Suministros desechables:** Los suministros desechables para uso doméstico como vendajes, gasas, cinta adhesiva, antisépticos, apósitos, vendajes elásticos y cualquier otro suministro, apósito, aparato o dispositivo que no se mencione específicamente y que esté cubierto en la *Lista de Beneficios* de esta sección.
7. **Equipo Médico Duradero:** Excepto los Servicios que se incluyen en *Equipo Médico Duradero* en la *Lista de Beneficios* de esta sección.
8. **Responsabilidad del empleador o del gobierno:** La responsabilidad financiera de pagar los Servicios que un empleador o agencia gubernamental tiene la obligación legal de proporcionar.
9. **Servicios experimentales o de investigación:** A excepción de lo que se incluye en *Ensayos Clínicos* en la *Lista de Beneficios* en esta sección, un Servicio es experimental o de investigación para su condición si es posible hacer alguna de las siguientes afirmaciones en el momento en el que usted reciba o recibirá el Servicio:

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

- a. No puede ponerse a la venta legalmente en los Estados Unidos sin la aprobación de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos y no se le ha otorgado esa aprobación; o
- b. Actualmente es el sujeto de una solicitud de un nuevo medicamento o dispositivo que ya se presentó a la FDA y la FDA aún no la aprueba; o
- c. Está sujeto a la aprobación o revisión de una Junta de Revisión Institucional (Institutional Review Board, IRB) del centro de tratamiento que aprueba o revisa la investigación en cuanto a la seguridad, toxicidad o eficiencia de servicio, o
- d. Es el sujeto de un protocolo escrito usado por el centro de tratamiento para la investigación, ensayos clínicos y otras pruebas o estudios para evaluar su seguridad, efectividad, toxicidad o eficacia, tal como se muestra en el protocolo mismo o en el formulario de consentimiento por escrito que usa el centro de atención.

Para determinar si un Servicio es experimental o está en fase de investigación, se dependerá exclusivamente de las siguientes fuentes de información:

- a. Su historia clínica;
- b. Los protocolos escritos u otros documentos según los cuales el Servicio se haya proporcionado o se vaya a proporcionar;
- c. Todos los documentos de autorización que usted o su representante hayan firmado o vayan a firmar con la finalidad de recibir el Servicio;
- d. Los expedientes y registros de la IRB o de alguna otra organización similar que aprueben o describan la investigación en la institución en la que el Servicio se haya proporcionado o se vaya a proporcionar, y cualquier otra información relacionada con la autoridad o las acciones de la IRB o alguna otra organización similar;
- e. Los escritos médicos o científicos publicados sobre el Servicio, como se hayan aplicado a su enfermedad o lesión, y
- f. Regulaciones, registros, solicitudes y cualquier otro documento o acción emitido por, presentado con o tomado por la FDA, la Oficina de Evaluación Tecnológica u otras agencias dentro del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos o cualquier agencia estatal que realice funciones similares.

El Plan de Salud consulta al Grupo Médico, y después usa los criterios que se describen anteriormente para decidir si un Servicio en particular es experimental o se encuentra en fase de investigación.

10. **Referencias prohibidas:** Pago de cualquier reclamación, factura u otro pedido o solicitud de pago por Servicios cubiertos que se determine que se hizo como resultado de una referencia prohibida por ley.
11. **Servicios de cuidado rutinario de los pies:** Esta exclusión no excluye los Servicios cuando está bajo tratamiento activo para la diabetes u otra enfermedad vascular.
12. **Servicios para Miembros bajo custodia de los oficiales del orden público:** Los Servicios de Proveedores Fuera del Plan proporcionados o coordinados por instituciones de justicia penal para los Miembros bajo la custodia de oficiales del orden público, a menos que los Servicios estén cubiertos como Servicios de Emergencia Fuera del Plan.
13. **Gastos de viaje y hospedaje:** Los gastos de viaje y hospedaje, a excepción de los que se presenten en algunas situaciones, si un Médico del Plan lo refiere a un Proveedor Fuera del Plan fuera de nuestra Área de Servicio, como se describe en *Cómo Obtener una Referencia* en la *Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita*; es posible que paguemos ciertos gastos con autorización previa de conformidad con nuestras pautas de viaje y hospedaje.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

14. **Servicios para la vista:** Cualquier cirugía de ojos realizada con el único propósito de corregir defectos refractivos del ojo, como la miopía, la hipermetropía o el astigmatismo (por ejemplo: queratotomía radial, queratectomía foto-refractiva y procedimientos similares).

Limitaciones

Haremos nuestro mejor esfuerzo por proporcionar o coordinar sus Servicios de atención para la salud si se presentan circunstancias inusuales que retrasen o hagan poco práctico el prestar los Servicios en virtud de Acuerdo, por razones como:

1. un desastre de gran magnitud;
2. una epidemia;
3. guerra;
4. disturbios;
5. insurrección civil;
6. incapacidad de una gran parte del personal de un Hospital o Centro Médico del Plan, o
7. la destrucción total o parcial de las instalaciones.

En el caso de que no podamos proporcionar los Servicios cubiertos en este Acuerdo, el Plan de Salud, Kaiser Foundation Hospitals, el Grupo Médico y los Médicos del Plan del Grupo Médico de Kaiser Permanente solo serán responsables del reembolso de los gastos necesarios en los que incurra un Miembro al adquirir los Servicios por medio de otros proveedores, en la medida establecida por el Comisionado de Seguros.

Por motivos personales, algunos Miembros podrían negarse a aceptar los Servicios recomendados por su Médico del Plan para una condición en particular. Si usted se niega a aceptar los Servicios recomendados por su Médico del Plan, él o ella le informará si no hay otra alternativa aceptable desde el punto de vista profesional. Usted puede recibir una segunda opinión de otro Médico del Plan, según se describe en ***Cómo Obtener una Segunda Opinión*** en la ***Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita***. Si aun así se niega a aceptar los Servicios recomendados, el Plan de Salud y los Proveedores del Plan no tendrán mayores responsabilidades de proporcionar o cubrir ningún tratamiento alternativo que usted pudiera solicitar para esa condición.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

SECCIÓN 4: Subrogación, Reducciones y Coordinación de Beneficios

Es posible que haya ocasiones en las que buscaremos el reembolso de los costos del Plan de Salud por brindarle atención, o por sus beneficios que se reducen como resultado de la existencia de otros tipos de cobertura de beneficios de salud. Esta sección proporciona información sobre este tipo de situaciones y qué hacer cuando se encuentra con ellas.

Explicación de la Subrogación y de las Reducciones

Información General de la Subrogación

Es posible que haya ocasiones en las que solicitemos el reembolso de los costos del Plan de Salud por brindarle atención. Esto ocurre cuando hay una parte responsable de una enfermedad que usted adquiere o una lesión que usted sufre. A este proceso se le conoce como subrogación. Por ejemplo, si estuvo involucrado en un incidente donde se resbala y cae en una tienda debido a un derrame y la tienda fue declarada responsable de las lesiones asociadas que sufra, es posible que ellos se hagan responsables del pago de los costos de su atención por las lesiones relacionadas. Para obtener más información, consulte *Cuando la Enfermedad o la Lesión es Causada por un Tercero* en esta sección.

Información General de las Reducciones

Es posible que haya ocasiones en las que sus beneficios se reduzcan como resultado de la existencia de otros tipos de cobertura de beneficios de salud disponibles para usted. Por ejemplo, si existe una cobertura duplicada para su dependiente bajo un plan de beneficios de salud primario adquirido por su cónyuge, los costos de la atención se pueden dividir entre los planes de beneficios de salud disponibles. Para obtener más información, consulte las disposiciones de *Reducciones Bajo los Beneficios de Medicare y TRICARE y Coordinación de Beneficios* en esta sección.

Los escenarios anteriores son un par de ejemplos de cuándo:

1. Podemos hacer valer el derecho a recuperar los costos de los beneficios que se le brindan, o
2. Puede ocurrir una reducción en los beneficios.

El resto de esta sección le proporcionará información sobre qué hacer cuando se encuentre en estas situaciones.

Cuando la Enfermedad o la Lesión es Causada por un Tercero

Si el Plan de Salud brinda cobertura en virtud de este Acuerdo cuando se alega que otra parte es responsable de pagar el tratamiento que recibe, tenemos el derecho de subrogar para recuperar los costos de los beneficios relacionados que se le proporcionaron. Para proteger nuestros derechos, el Plan de Salud tendrá un derecho de retención sobre las ganancias que usted obtenga de cualquier acuerdo o dictamen judicial contra un tercero por gastos médicos cubiertos.

Las ganancias de cualquier dictamen judicial o acuerdo que el miembro o el Plan de Salud obtenga deberán aplicarse primero para satisfacer el derecho de retención del Plan de Salud sin importar si el monto total del cobro es o no menor a las pérdidas y daños en que usted incurrió. Sin embargo, no tendrá que pagar al Plan de Salud más de lo que recibió de un tercero o en su nombre por gastos médicos.

Cómo Notificar sobre Reclamaciones o Acción Legal al Plan de Salud

En un plazo de treinta (30) días tras haber presentado una reclamación o acción judicial contra el tercero, usted deberá enviarnos una notificación por escrito de esta reclamación o acción judicial a las siguientes direcciones:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attention: Patient Financial Services
2101 East Jefferson Street, 4 East
Rockville, Maryland 20852

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Cuando nos notifique, incluya el nombre de la compañía de seguros de responsabilidad civil del tercero, los números de póliza y reclamaciones, la dirección comercial y el número de teléfono y, si lo conoce, el nombre del administrador de la reclamación.

Si está representado por un abogado en relación con la pérdida por la que ha entablado una acción legal contra un tercero, asegúrese de proporcionar el nombre y la información de contacto de su abogado, incluida su dirección comercial y número de teléfono. Si cambia de abogado durante el proceso legal, debe informar al Plan de Salud de su cambio de representación.

El Derecho del Plan de Salud a Recuperar Pagos

A fin de que el Plan de Salud pueda determinar la existencia de cualquier derecho que podamos tener y ejercerlo, usted deberá llenar y enviar al Plan de Salud 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, al tercero y a su aseguradora de responsabilidad civil de terceros para que le reembolsen directamente al Plan de Salud. Usted no puede realizar ninguna acción que perjudique nuestros derechos.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal o protector presentan una reclamación contra un tercero por una lesión o enfermedad; tanto su heredero, padre o madre, tutor legal o protector y cualquier acuerdo o dictamen judicial obtenido por cualquiera de estos estará sujeto a los derechos de retención y otros derechos del Plan de Salud, de la misma forma que si hubiera sido usted quien presentara la reclamación contra el tercero. El Plan de Salud tiene la opción de asignar sus derechos de ejecutar sus derechos de retención y otros derechos.

El cobro del Plan de Salud se limitará en la medida en que el Plan de Salud haya proporcionado los beneficios o haya hecho pagos por los beneficios como resultado del hecho que dio lugar a la causa.

Excepto por los beneficios que serían pagaderos bajo cualquiera de las coberturas de Protección contra Lesiones Personales o cualquier acuerdo de capitación que tenga el Plan de Salud con un proveedor participante:

1. Si se enferma o se lesiona por culpa de un tercero y cobra dinero del tercero o de su compañía de seguros para gastos médicos, o
2. Cuando cobra los gastos médicos en una causa de acción, el Plan de Salud tiene 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 supuestamente causada por el tercero.
 - a. El Plan de Salud se subrogará para cualquier servicio proporcionado por o acordado como:
 - i. Resultado del hecho que dio lugar a la causa de la acción, o
 - ii. En el momento en que envíe por correo o entregue un aviso por escrito de su intención de ejercer esta opción para usted o su abogado, en caso de que esté representado por uno, de la siguiente manera:
 - a) Según la lista de tarifas del Plan de Salud para los Servicios proporcionados u organizados por el Grupo Médico, o
 - b) Cualquier gasto real que se haya realizado por los Servicios proporcionados por los proveedores participantes.

Si es aplicable, cualquier monto que devuelto al Plan de Salud se reducirá en una participación proporcional del costo judicial y tarifas legales en las que incurrió el Miembro que son aplicables a la parte del acuerdo devuelto al Plan de Salud.

Medicare

Si está inscrito en Medicare, podría aplicarse la ley de Medicare en relación con los Servicios cubiertos por Medicare.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Compensación del Trabajador o Responsabilidad Civil del Empleador

Brindaremos los Servicios incluso si no está claro si tiene derecho a un “beneficio financiero” (es decir, la responsabilidad financiera de los Servicios por cualquier enfermedad, lesión o condición, en la medida en que se realice un pago o cualquier otro beneficio, incluida cualquier monto recibido como liquidación se proporciona en virtud de cualquier ley de indemnización laboral o responsabilidad del empleador); sin embargo, podemos recuperar el valor de los servicios cubiertos de las siguientes fuentes:

1. De toda fuente que proporcione un beneficio financiero o de la cual deba recibirse un beneficio financiero, o
2. De usted, en la medida en que un beneficio financiero se ofrezca o sea pagadero, o habría sido necesario ofrecerse o pagarse si hubiera intentado con atención y constancia establecer su derecho a recibir el beneficio financiero según las leyes de compensación del trabajador o de responsabilidad del empleador.

Si tiene una reclamación de compensación laboral activa por lesiones sufridas mientras realizaba las tareas de su ocupación, debe enviarnos una notificación por escrito de la reclamación dentro de los treinta (30) días a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attention: Patient Financial Services
2101 East Jefferson Street, 4 East
Rockville, Maryland 20852

Cuando nos notifique, incluya el nombre de la compañía de seguros de compensación del trabajador o del administrador de tercero participante (third-party administrator, TPA), los números de póliza y reclamación, la dirección comercial y el número de teléfono y, si lo conoce, el nombre del administrador de la reclamación.

Si un abogado lo representa en relación con la pérdida de la compensación del trabajador por la que ha entablado una acción legal contra su empleador, asegúrese de proporcionar el nombre y la información de contacto de su abogado, incluida su dirección comercial y número de teléfono. Si cambia de abogado durante el proceso legal, debe informar al Plan de Salud de su cambio de representación.

Plan de Salud No Responsable por Enfermedades o Lesiones a Terceros

En la *Sección 1: Introducción a su Plan de Salud de Kaiser Permanente* se indica quién es elegible para la cobertura en virtud de este Acuerdo. Ni el Plan de Salud, los Hospitales del Plan ni el Grupo Médico brindan beneficios o Servicios de atención para la salud a otros debido a sus responsabilidades. Si usted es responsable de una enfermedad o lesión causada a otra persona, no se proporcionará cobertura en virtud de este Acuerdo, a menos que sea un Dependiente cubierto.

Incapacidad de Notificar al Plan de Salud de las Partes Responsables

Nota: Esta disposición no se aplica a los pagos realizados a una persona cubierta bajo protección contra lesiones personales (consulte §19-713.1[e] del Artículo General de Salud de Maryland).

Es un requisito bajo este Acuerdo notificar al Plan de Salud de cualquier tercero que sea responsable de una acción que le cause una enfermedad o lesión.

No notificar al Plan de Salud de su solicitud de reclamación contra un tercero debido a negligencia de ese tercero es una violación a este Acuerdo. Si un miembro recupera una compensación doble al obtener beneficios del Plan de Salud y una compensación por la misma pérdida de un tercero responsable, el Plan de Salud se reserva el derecho de solicitar directamente el reembolso de sus gastos al Miembro que recibió el pago como compensación.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Ningún Miembro, ni el representante legal que designe, puede tomar ninguna medida que perjudique o impida el derecho del Plan de Salud a recuperar los costos asociados con la prestación de atención a cualquier Miembro cubierto por este Acuerdo.

Solicitud de Pago de las Partes Responsables

El Plan de Salud puede usar los servicios de otra compañía para manejar la solicitud de subrogación contra un tercero responsable. Cuando usamos estos servicios, es posible que el Plan de Salud deba divulgar información que no requiera el consentimiento del Miembro, incluidos, entre otros, su nombre, número de historia clínica, la fecha de la pérdida, los números de póliza y reclamación (incluidos los del pagador del seguro de un tercero), información del abogado y copias de facturas.

En el caso de que se nos soliciten expedientes médicos u otra información protegida que requiera de su consentimiento para ser divulgada, se lo notificaremos para obtener su consentimiento.

Reducciones Según los Beneficios de Medicare y TRICARE

Si está inscrito en Medicare Parte A o Parte B, sus beneficios se reducirán en la medida de cualquier beneficio para el que esté inscrito y reciba en Medicare; excepto para los Miembros cuyos beneficios de Medicare sean secundarios de acuerdo con la ley.

Los beneficios de TRICARE son secundarios, de acuerdo con la ley.

Coordinación de Beneficios

Información General sobre la Coordinación de Beneficios

La coordinación de beneficios se aplica cuando un Miembro tiene cobertura de atención médica de más de un (1) plan de beneficios de salud. Si usted o su dependiente elegible tienen cobertura de más de un (1) plan de beneficios de salud, entonces usted es responsable de informar al Plan de Salud que existe la cobertura adicional. Cuando tiene otra cobertura con otro plan de salud o compañía de seguros, coordinaremos los beneficios con la otra cobertura.

Es posible que el Plan de Salud necesite información suya para coordinar sus beneficios. Cualquier información que solicitemos para ayudarnos a coordinar sus beneficios nos la debe proporcionar cuando se la solicitamos.

Derecho a Obtener y Divulgar la Información Necesaria

Cuando se necesite información para aplicar estas reglas de coordinación de beneficios, el Plan de Salud decidirá qué información necesita y puede obtener dicha información de, o proporcionarla a, cualquier otra organización o persona. El Plan de Salud no necesita informar a nadie ni obtener el consentimiento de nadie para hacer esto.

Determinación del Plan Primario y Secundario

El plan de beneficios de salud que paga primero, que se conoce como plan primario, se determina utilizando las Pautas del Orden de los Beneficios de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros. El plan primario ofrece los beneficios que se tendrían a falta de cualquier otra cobertura.

El plan que paga los beneficios en segundo lugar, que se conoce como plan secundario, coordina sus beneficios con el plan primario y paga la diferencia entre lo que pagó el plan primario o el valor de cualquier beneficio o Servicio proporcionado, pero no más del 100 por ciento del total de Gastos Permitidos, y sin exceder la responsabilidad máxima del plan secundario. El plan secundario nunca es responsable por gastos adicionales a los que cubriría si fuera el primario.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Reglas de Coordinación de Beneficios

El Plan de Salud tiene reglas para coordinar sus beneficios. Las siguientes reglas para el Plan de Salud se basan en las reglas recomendadas por la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros. Encontrará las reglas en las *Reglas de determinación del orden de los beneficios* en esta sección.

Las *Reglas de determinación del orden de beneficios* se usarán para determinar cuál plan es el plan primario. Cualquier otro plan o planes serán secundarios. Si el Plan de Salud es el:

1. Plan primario, proporcionará o pagará sus beneficios sin considerar los beneficios de los otros planes.
2. Plan secundario, los beneficios o servicios prestados conforme a este Acuerdo se coordinarán con el plan primario para que el total de los beneficios pagados o el valor en efectivo razonable de los servicios prestados, entre el plan primario y los planes secundarios no excedan el 100 por ciento del total de los Gastos Permitidos.

Ayuda con Preguntas sobre la Coordinación de Sus Beneficios

Si tiene preguntas sobre la coordinación de sus beneficios, comuníquese con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Reglas de Determinación del Orden de los Beneficios

Las siguientes reglas determinan el orden en que los planes de beneficios de salud primario y secundarios pagan los beneficios.

1. Si otro plan no tiene alguna disposición sobre la coordinación de beneficios, ese plan es el plan primario.
2. Si otro plan tiene una disposición sobre la coordinación de beneficios, la primera de las siguientes reglas que se apliquen determinará cuál plan es el plan primario:

Reglas para un Suscriptor y sus Dependientes

1. Sujeto a la regla n.º 2 (inmediatamente a continuación), un plan que cubre a una persona como Suscriptor es primario ante un plan que cubre a la persona como dependiente.
2. Si la persona es un beneficiario de Medicare y, como resultado de las disposiciones del Título XVIII de la Ley de Seguro Social y los reglamentos que se implementan, Medicare es:
 - a. Secundario al plan que cubre a la persona como un dependiente, y
 - b. Primario al plan que cubre a la persona de una forma distinta a la de un dependiente:
 - i. Entonces, el orden de los beneficios se revierte para que el plan que da cobertura a la persona como empleada, miembro, suscriptora, titular de la póliza o jubilada sea el plan secundario y el otro plan que da cobertura a la persona como dependiente sea el plan primario.

Reglas para un Hijo o Padre Dependiente

1. **Hijo dependiente con padres que no están separados o divorciados:** Cuando el Plan de Salud y otro plan cubren al mismo hijo como Dependiente de diferentes personas, llamadas “padres”, que están casados o viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no, entonces el plan del padre cuyo cumpleaños ocurre antes en el año es primario ante el plan del padre cuyo cumpleaños ocurre después en el año. Si ambos padres cumplen años el mismo día, el plan del padre que haya tenido cobertura por más tiempo será el plan primario. Si las reglas de cumpleaños de los padres antes mencionadas no se aplican a las reglas provistas en el otro plan, entonces se usarán las reglas del otro plan para determinar el orden de los beneficios.
2. **Hijo Dependiente con padres separados o divorciados:** Si dos (2) o más planes cubren a una persona como hijo dependiente y los padres de ese hijo están divorciados, separados o no viven juntos, ya sea que hayan estado casados o no, se aplican las siguientes reglas. Si un decreto judicial establece que:
 - a. Uno (1) de los padres es responsable de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente y el plan de ese padre tiene conocimiento real de esos términos, ese plan es el primario. Si el padre con la responsabilidad no tiene cobertura de atención médica para

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

los gastos de atención médica del hijo dependiente, pero el cónyuge de este padre sí, el plan del cónyuge del padre es el plan primario. Este punto no se aplicará con respecto a ningún año del plan durante el cual se paguen o proporcionen beneficios antes de que la entidad tenga conocimiento real de la disposición del decreto judicial; o

- b. Ambos padres son responsables de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo n.º 1 de esta disposición: ***Hijo Dependiente con Padres que no están separados ni divorciados***, determinará el orden de los beneficios; o
- c. Si un decreto judicial establece que los padres tienen la custodia compartida sin especificar que uno de los padres tiene la responsabilidad de los gastos de atención médica o la cobertura de atención médica del hijo dependiente, las disposiciones del Subpárrafo n.º 1 de esta disposición: ***Hijo Dependiente con padres que no están separados ni divorciados***, determinará el orden de beneficios; o
 - i. Si no existe un decreto judicial que asigne la responsabilidad de los gastos de atención médica del niño o la cobertura de atención médica, el orden de beneficios para el niño es el siguiente:
 - a) El plan que cubre al padre que tiene la custodia;
 - b) El plan que cubre al cónyuge del padre con la custodia;
 - c) El plan que cubre al padre que no tiene la custodia, y luego
 - d) El plan que cubre al cónyuge del padre que no tiene la custodia.

Hijo Dependiente Cubierto por los Planes de Personas que No Son los Padres

1. Para un hijo dependiente con cobertura de más de un (1) plan por parte de personas que no son los padres del niño, el orden de los beneficios se determinará, según corresponda, de acuerdo con las disposiciones del hijo dependiente que se mencionaron anteriormente, como si esas personas fueran los padres del niño.

Hijo Dependiente que Tiene Su Propia Cobertura

1. Para un hijo dependiente que tiene cobertura bajo el plan de uno o ambos padres y también tiene su propia cobertura como dependiente bajo el plan de un cónyuge, se aplica la regla de esta disposición para ***Duración Más Prolongada o Más Corta de la Cobertura***.
2. En el caso de que la cobertura del hijo dependiente bajo el plan del cónyuge comenzara en la misma fecha que la cobertura del hijo dependiente bajo los planes de uno o ambos padres, el orden de beneficios se determinará aplicando la regla de cumpleaños en esta disposición en ***Hijo Dependiente con padres que no están separados ni divorciados***.

Cobertura de Empleado Activo o Inactivo

1. Un plan que cubre a una persona como un empleado que no ha sido despedido y no está jubilado (o al dependiente de dicho empleado) es primario frente a un plan que cubre a la persona como un empleado despedido por reducción de personal o empleado jubilado (o al dependiente de dicho empleado despedido o jubilado).
2. Si el otro plan no tiene esta regla y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora.
3. Esta regla no se aplica si las reglas n.º 1 y n.º 2 bajo la disposición ***Reglas para un Suscriptor y sus Dependientes*** antes mostrada pueden determinar el orden de beneficios.

COBRA o la Continuación de Cobertura Estatal

1. Si una persona cuya cobertura se proporciona de conformidad con la COBRA o conforme a un derecho de continuación de conformidad con la ley estatal u otra ley federal tiene cobertura con otro plan, el plan que cubre a la persona como empleada, miembro, suscriptora o jubilada, o que cubre a la persona como dependiente de un empleado, miembro, suscriptor o jubilado es el plan primario y el Plan que cubre a la misma persona de conformidad con COBRA o conforme a un derecho de continuación de conformidad con la ley estatal u otra ley federal es el plan secundario.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

2. Si el otro plan no tiene esta regla y si, como resultado, los planes no están de acuerdo en el orden de los beneficios, esta regla se ignora.
3. Esta regla no se aplica si las reglas n.º 1 y n.º 2 bajo la disposición **Reglas para un Suscriptor y sus Dependientes** antes mostrada pueden determinar el orden de beneficios.

Duración Más Prolongada o Más Corta de la Cobertura

1. Si ninguna de las reglas anteriores determina el orden de los beneficios, entonces el plan que haya cubierto al Suscriptor por más tiempo es primario ante el plan que haya cubierto al Suscriptor durante menos tiempo.

Efecto de la Coordinación de Beneficios sobre los Beneficios de este Plan

Cuando el Plan de Salud es el Plan primario, la coordinación de beneficios no tiene efecto en los beneficios ni en los servicios proporcionados conforme a este Acuerdo. Cuando el Plan de Salud es el Plan secundario contra otro plan u otros planes, se pueden coordinar sus beneficios con el administrador del plan primario usando las siguientes pautas. Esta disposición de **Coordinación de Beneficios** de ninguna manera restringirá ni impedirá la prestación de los servicios provistos por el Plan de Salud. A solicitud del Miembro o del padre, madre o tutor legal, según corresponda, el Plan de Salud brindará o coordinará los servicios con cobertura y luego buscará la coordinación con el Plan primario.

Coordinación con los Beneficios del Plan de Salud

El Plan de Salud podría coordinar los beneficios pagaderos o recuperar el valor en efectivo razonable de los Servicios que haya proporcionado, cuando la suma de los beneficios sería pagadera por:

1. El valor en efectivo razonable de los Servicios proporcionados como Gastos Permitidos por el Plan de Salud en ausencia de esta disposición de **Coordinación de Beneficios**, y
2. Gastos permitidos en virtud de uno (1) o más de los otros planes primarios que cubren al Miembro, en ausencia de disposiciones con un propósito como el de esta disposición de **Coordinación de Beneficios**, ya sea que se haga o no una reclamación al respecto; excede los Gastos permitidos en un período de determinación de reclamación.

En tal caso, los beneficios del Plan de Salud se coordinarán, o el valor razonable en efectivo de cualquier servicio prestado por el Plan de Salud se podría recuperar, del plan primario, para que los beneficios del Plan de Salud y los beneficios pagaderos de acuerdo con los otros Planes no sumen más de los Gastos Permitidos.

Facilidad de Pago

Si se realiza un pago o se proporciona un Servicio en otro Plan e incluye un monto que deberíamos haber pagado o proporcionado, entonces podríamos pagar ese monto a la organización que realizó ese pago.

El monto pagado se tratará como si fuera un beneficio pagado por el Plan de Salud.

Derecho de Recuperación de los Pagos Realizados Bajo la Coordinación de Beneficios

Si el monto del pago hecho por el Plan de Salud es mayor de lo que debería haber sido según esta disposición de **Coordinación de Beneficios**, o si proporcionamos servicios que deberían haber pagado el Plan primario, entonces podemos recuperar el excedente o el valor en efectivo razonable de los servicios, según corresponda, de la persona que recibió el pago o para quien se realizó el pago, o de una compañía de seguros u otra organización.

Servicio Militar

En el caso de los Servicios para condiciones relacionadas con el servicio militar y que la ley exige que los proporcione el Departamento de Asuntos de Veteranos, no le pagaremos al Departamento de Asuntos de Veteranos. Cuando cubrimos dichos Servicios, podemos solicitar un reembolso por el valor de los Servicios del Departamento de Asuntos de Veteranos.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

SECCIÓN 5: Revisión, Apelaciones y Quejas Formales del Servicio de Atención para la Salud

Esta sección le brinda información sobre cómo presentar reclamaciones, Apelaciones y Quejas Formales ante el Plan de Salud y recibir apoyo con estos procesos.

Definiciones Importantes

Consulte la sección *Términos Importantes que Debe Conocer* para obtener una explicación de los términos importantes en mayúscula que se utilizan en esta sección.

Preguntas Sobre la Revisión, Apelaciones o Quejas Formales del Servicio de Atención para la Salud

Si tiene preguntas sobre nuestro Health Care Service Review Program o sobre cómo presentar una Apelación o Queja Formal ante el Plan de Salud, comuníquese con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

El Health Care Service Review Program

Revisiones Previas al Servicio

Si no tiene una Condición Médica Urgente y no ha recibido el Servicio de atención para la salud que solicita, dentro de los dos (2) días hábiles posteriores a la recepción de toda la información necesaria, pero a más tardar quince (15) días calendario después de que se reciba su solicitud de una revisión previa al servicio, el Plan de Salud tomará una determinación. Podemos extender este período de tiempo por quince (15) días calendario adicionales si no tenemos la información necesaria para tomar nuestra decisión. Le notificaremos a usted o a su Representante Autorizado cuando se necesite información adicional dentro de los tres (3) días calendario posteriores a la solicitud inicial y le explicaremos en detalle qué información se requiere. La información necesaria incluye, entre otros, los resultados de cualquier evaluación clínica cara a cara o cualquier segunda opinión que pueda ser necesaria. Debemos recibir la información solicitada por el aviso dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario a partir de la recepción del aviso que identifica la información adicional necesaria, o tomaremos nuestra decisión con base en la información que tengamos disponible en ese momento.

Si una hospitalización, procedimiento o Servicio tiene una autorización previa, el Plan de Salud:

1. Le notificará al proveedor por teléfono dentro de un (1) día hábil después de la autorización previa, y
2. Confirmará por escrito la autorización previa con usted y el proveedor dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a nuestra decisión.

Si negamos la autorización previa o se recomienda un tratamiento o Servicio alternativo, el Plan de Salud:

1. Le notificará al proveedor por teléfono dentro de un (1) día hábil tras la negación o la recomendación de tratamiento o Servicio alternativo, y
2. Confirmará por escrito la decisión de negación con usted y el Representante Autorizado dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la toma de nuestra decisión.

Usted o su Representante Autorizado puede presentar una Apelación o una Queja Formal, según corresponda, y como se describe a continuación.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Si se requiere una autorización previa para una hospitalización de emergencia de paciente interno o una hospitalización para servicios de crisis residenciales, como se define en §15-840 del Artículo de Seguros de Maryland, para el tratamiento de un trastorno mental, emocional o por abuso de sustancias, el Plan de Salud:

1. Tomará todas las determinaciones sobre si se debe autorizar o certificar una hospitalización de paciente interno, o una hospitalización para servicios de crisis residenciales, como se define en §15-840 del Artículo de Seguros de Maryland, dentro de las dos (2) horas posteriores a la recepción de la información necesaria para tomar la determinación, y
2. Notificará de inmediato al Proveedor de Atención Médica sobre la determinación.

Revisiones Aceleradas Previas al Servicio

Si tiene una Condición Médica Urgente y no ha recibido el Servicio de atención médica para el cual está solicitando revisión, dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a su solicitud, le notificaremos si necesitamos información adicional para tomar una decisión o si usted o su Representante Autorizado no siguieron los procedimientos adecuados, lo que podría resultar en una decisión de negación. Si le solicitamos información adicional, solo tendrá cuarenta y ocho (48) horas para presentar la información solicitada. Tomaremos una decisión para este tipo de reclamaciones dentro de las cuarenta y ocho (48) horas siguientes tras lo que ocurra primero:

1. La recepción de su información, o
2. La finalización del período para presentar la información solicitada.

Las decisiones relacionadas con la revisión previa al servicio para los Miembros que tienen una Condición Médica Urgente se le comunicarán por teléfono en un plazo de veinticuatro (24) horas. Dichas decisiones se confirmarán por escrito dentro de un (1) día calendario tras nuestra decisión.

Revisiones Concurrentes

Cuando realiza una solicitud de tratamiento adicional, cuando hayamos aprobado previamente un ciclo de tratamiento que está a punto de finalizar, el Plan de Salud tomará determinaciones de revisión concurrente dentro de un (1) día hábil tras recibir la solicitud o dentro de un (1) día hábil tras obtener toda la información necesaria, siempre que la solicitud de autorización de Servicios adicionales se realice antes de la finalización de los Servicios autorizados previamente. En el caso de que nuestra revisión dé como resultado la finalización o limitación de los Servicios de atención médica, tomaremos una determinación de revisión con suficiente anticipación para que pueda presentar con tiempo una Queja Formal o una Apelación a nuestra decisión. Si tiene una Condición Médica Urgente, entonces, una solicitud de revisión concurrente se manejará como cualquier otra solicitud de revisión previa al servicio cuando se trate de una Condición Médica Urgente, excepto que nuestra decisión se tomará dentro de un (1) día hábil.

Si el Plan de Salud autoriza una estadía prolongada o Servicios de atención de salud adicionales bajo la revisión concurrente, el Plan de Salud:

1. Le notificará al proveedor por teléfono dentro de un (1) día hábil después de la autorización, y
2. Confirmará la autorización por escrito con usted o su Representante Autorizado dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la notificación telefónica. La notificación por escrito incluirá la cantidad de días extendidos o la próxima fecha de revisión, o el nuevo número total de Servicios de atención de salud aprobados.

Si negamos la solicitud de estadía prolongada o los Servicios de atención de salud adicionales, el Plan de Salud:

1. Notificará por teléfono sobre la negación al proveedor, a usted o a su Representante Autorizado dentro de un (1) día hábil tras tomar la decisión de negación, y
2. Confirmará la negación por escrito con usted o su Representante Autorizado o el proveedor dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la notificación telefónica. La cobertura continuará para los Servicios de atención de salud hasta que usted o su Representante Autorizado

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

y el proveedor que brinda el Servicio de atención de salud hayan sido notificados por escrito de la decisión de negación.

Usted o su Representante Autorizado puede presentar una Apelación o una Queja Formal como se describe en esta sección. Si presentó una solicitud de servicios adicionales al menos veinticuatro (24) horas antes de la finalización de un ciclo de tratamiento aprobado, puede continuar recibiendo esos servicios durante el tiempo en el que se esté considerando su Apelación o su Queja Formal. Si después se rechaza su Apelación o Queja Formal, usted será financieramente responsable por el costo total de esos servicios. De lo contrario, si su solicitud de servicios adicionales no se presentó a tiempo, el Plan de Salud decidirá sobre su solicitud de revisión dentro de un período de tiempo razonable apropiado a las circunstancias, pero en ningún caso después de treinta (30) días calendario a partir de la fecha en la que se recibió la Apelación o la Queja Formal.

Revisiones de Reclamaciones Posteriores al Servicio

El Plan de Salud tomará una determinación sobre la revisión posterior al servicio dentro de los treinta (30) días posteriores a la recepción de una reclamación. Si el Plan de Salud aprueba la reclamación, los beneficios pagaderos según su contrato se pagarán dentro de los treinta días siguientes a la recepción del comprobante de pérdida por escrito. Podemos extender este período una (1) vez, hasta por quince (15) días calendario, si determinamos que es necesaria una extensión porque:

1. La legitimidad de la reclamación o el monto apropiado de reembolso está en disputa y se necesita información adicional, o
2. La reclamación no es clara y, por lo tanto, necesitamos más información para procesarla.

Le notificaremos de la extensión dentro del período inicial de treinta (30) días. Nuestro aviso explicará las circunstancias por las que es necesaria la extensión y la fecha en la que esperamos tomar una decisión. Si dicha extensión es necesaria porque requerimos información suya, nuestro aviso de extensión describirá específicamente la información requerida que debe enviar. Debe responder a las solicitudes de información adicional dentro de los cuarenta y cinco (45) días calendario o tomaremos nuestra decisión con base en la información que tengamos disponible en ese momento.

Le enviaremos un aviso a usted o a su Representante Autorizado explicando que:

1. Se pagó la reclamación; o
2. Se negó total o parcialmente la reclamación; o
3. Se necesita información adicional para determinar si se reembolsará toda o parte de la reclamación y qué información específica se debe presentar, o
4. La reclamación está incompleta o no es clara y qué información se necesita para que la reclamación esté completa o clara.

Si negamos total o parcialmente el pago de la reclamación, usted o su Representante Autorizado puede presentar una Apelación o una Queja Formal como se describe en esta sección.

Aviso de Reclamación

No necesitamos un aviso por escrito de la reclamación. Además, los Miembros no están obligados a utilizar un formulario de reclamaciones para notificarnos sobre una reclamación.

Solicitud de Pago o Reembolso de un Servicio Cubierto o Reclamación Posterior al Servicio

Requisitos de Aviso de Reclamaciones y Pruebas de Pérdidas

Cuando el Plan de Salud reciba un aviso de reclamación, le proporcionaremos los formularios correspondientes para presentar la prueba de pérdida. Si no le proporcionamos los formularios de reclamaciones dentro de los quince (15) días posteriores al aviso, se considerará que cumplió los requisitos de prueba de pérdida de este Acuerdo después de que haya presentado una prueba por escrito que detalle el hecho, las características y el alcance de la pérdida por la que presenta la reclamación.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Consideramos que una factura desglosada o una solicitud de pago o reembolso del costo de los servicios cubiertos recibidos por parte de médicos, hospitales u otros proveedores de atención médica que no tienen contrato con nosotros es prueba suficiente del servicio cubierto que recibió o de su reclamación posterior al servicio. Simplemente envíenos por correo postal o por fax un comprobante de pago y una copia de la factura con su número de registro médico escrito. Puede encontrar su número de historia clínica en la parte frontal de su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente. Envíenos su comprobante por correo postal o por fax en el plazo de un (1) año a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente National Claims Administration - Mid-Atlantic States
PO Box 371860
Denver, CO 80237-9998
Fax: 1-866-568-4184

El hecho de no enviar dichas pruebas en el plazo de un (1) año no invalidará ni reducirá el monto de la reclamación si no fue posible enviar la solicitud por una cuestión razonable dentro de ese período. Si no se puede presentar la prueba por una cuestión razonable en el plazo de un (1) año después de la fecha del servicio, le pedimos que se asegure de enviárnosla a más tardar dos (2) años después de dicha fecha, de lo contrario se pedirá una prueba. La incapacidad legal de un Miembro suspenderá las restricciones de tiempo relativas a la presentación de pruebas; sin embargo, cualquier período de suspensión terminará cuando se recupere la capacidad legal.

Cada Miembro que reclame un reembolso en virtud de este contrato deberá completar y enviar al Plan de Salud cualquier consentimiento, divulgación, asignación u otros documentos que llegáramos a solicitar razonablemente con el fin de actuar sobre una reclamación.

La Unidad de Defensoría y Educación para la Salud, Oficina del Procurador General

La Unidad de Defensoría y Educación para la Salud está disponible para ayudarle a usted o a su Representante Autorizado:

1. Al presentar una Apelación o Queja Formal conforme a los procesos internos de Apelación y Quejas Formales del Plan de Salud, sin embargo:
 - a. La Unidad de Defensoría y Educación para la Salud no está disponible para representarlo ni acompañarlo a usted o a su Representante Autorizado durante ningún procedimiento relacionado.
2. Al mediar en una resolución de Decisión Adversa o Decisión de Cobertura con el Plan de Salud. En cualquier momento durante la mediación:
 - a. Usted o su Representante Autorizado puede presentar una Apelación o una Queja Formal, y
 - b. Usted, su Representante Autorizado o un Proveedor de Atención Médica que actúe en su nombre puede presentar una:
 - i. Queja con el Comisionado, sin presentar primero una Apelación, si la decisión de cobertura involucra una Condición Médica Urgente, o
 - ii. Queja Formal, si se presenta suficiente información y documentación de respaldo con la queja que demuestre una razón convincente para hacerlo.

Puede comunicarse con la Unidad de Defensoría y Educación para la Salud en:

Office of the Attorney General
Consumer Protection Division
Attention: Health Education and Advocacy Unit
200 St. Paul Place, 16th Floor
Baltimore, MD 21202

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Teléfono: 410-528-1840

Línea telefónica gratuita: 1-877-261-8807

Fax: 1-410-576-6571

Sitio web: www.oag.state.md.us

Correo electrónico: consumer@oag.state.md.us

Comisionado de Seguros de Maryland

Usted o su Representante Autorizado deben agotar nuestro proceso interno de Apelaciones o Quejas Formales como se describe en esta sección antes de presentar una Queja ante el Comisionado de Seguros, excepto cuando:

1. La decisión adversa involucre una Condición Médica Urgente por la cual no se ha brindado atención;
2. Usted o su Representante Autorizado proporcionen suficiente información y documentación en la Queja que respalde una razón convincente para no agotar nuestro proceso interno para resolver Quejas Formales (protestas sobre Decisiones Adversas), como cuando una demora en la recepción del Servicio pudiera resultar en la pérdida de la vida, el deterioro grave de una función corporal o disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, o si el Miembro sigue estando gravemente enfermo a nivel mental o usa sustancias intoxicantes con síntomas que hacen que el Miembro sea un peligro para sí mismo o para otros, o si el Miembro continúa experimentando síntomas de abstinencia graves. Se considere que un Miembro es un peligro para sí mismo o para otros si el Miembro no puede desempeñarse en las actividades de la vida diaria o cuidarse a sí mismo sin consecuencias peligrosas inminentes;
3. No tomemos una Decisión sobre una Queja Formal para Quejas Formales previas al servicio dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de presentación, o entre los cuarenta y cinco (45) días hábiles o sesenta (60) días calendario después de la fecha de presentación de una Queja Formal posterior al servicio;
4. Nosotros o nuestro representante no tomemos una Decisión sobre una Queja Formal para Quejas Formales aceleradas en un Caso de Emergencia dentro de las veinticuatro (24) horas después de que usted o su Representante Autorizado presentaron la Queja Formal;
5. Hayamos renunciado al requisito de que nuestro proceso interno de Quejas Formales deba agotarse antes de presentar una Queja ante el Comisionado, o
6. No hayamos cumplido con ninguno de los requisitos de nuestro proceso interno de Quejas Formales.

En un caso que involucre una negación retrospectiva, no hay ninguna razón de peso para permitirle a usted o a su Representante Autorizado presentar una queja sin antes haber agotado nuestro proceso interno de quejas formales.

Puede comunicarse con el Comisionado de Seguros de Maryland en:

Maryland Insurance Administration

Attention: Consumer Complaint Investigation

Life and Health/Appeal and Grievance

200 St. Paul Place

Suite 2700

Baltimore, MD 21202

Teléfono: 410-468-2000

Línea telefónica gratuita fuera del área: 1-800-492-6116

TTY: 1-800-735-2258

Fax: 1-410-468-2260 o 1-410-468-2270

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Nuestro Proceso Interno de Quejas Formales

Este proceso se aplica para una determinación de revisión de utilización hecha por nosotros sobre si un Servicio de atención de salud propuesto o prestado es o no era Necesario desde el Punto de Vista Médico, ni apropiado o eficiente, lo que da como resultado la falta de cobertura del Servicio de atención de salud.

Cómo Iniciar una Queja Formal

Usted o su Representante Autorizado puede iniciar una Queja Formal mediante la presentación de una solicitud por escrito que incluya toda la documentación de respaldo relacionada con la Queja Formal a:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.

Attention: Member Services Appeals Unit

2101 East Jefferson Street

Rockville, MD 20852

Fax: 1-866-640-9826

Se debe presentar una Queja Formal dentro de los ciento ochenta (180) días calendario a partir de la fecha de recepción del aviso de una Decisión Adversa. Si la Queja Formal se presenta después de ciento ochenta (180) días calendario, le enviaremos una carta negando cualquier revisión adicional debido a que no se hizo una presentación oportuna.

Si necesitamos información adicional para completar nuestro proceso interno de Quejas Formales dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a que usted o su Representante Autorizado presenten una Queja Formal, le notificaremos a usted o a su Representante Autorizado que no podemos proceder con la revisión de la Queja Formal a menos que recibamos la información adicional. Si lo necesita, le ayudaremos a recopilar la información adicional necesaria sin más demora.

Confirmación de Recepción de Quejas Formales

Le confirmaremos que recibimos su Queja Formal dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de presentación por escrito del aviso de Queja Formal. La fecha de presentación es el primero de cinco (5) días calendario después de la fecha del matasellos de correo o de la fecha en que recibimos su Queja Formal por escrito.

Quejas Formales Previas al Servicio

Si tiene una Queja Formal sobre un Servicio de atención de salud que aún no se ha prestado, se le enviará una carta de confirmación solicitando cualquier información adicional que pueda ser necesaria dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la fecha de presentación. También le informaremos a usted o a su Representante Autorizado que se tomará una decisión con respecto a la Queja Formal y se proporcionará por escrito. Dicho aviso por escrito se enviará dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la fecha de presentación de la Queja Formal.

Quejas Formales Posteriores al Servicio

Si en la Queja Formal se solicita el pago de los Servicios de atención de salud que ya se le prestaron, se le enviará una carta de confirmación retroactiva solicitando información adicional que podría ser necesaria dentro de los cinco días hábiles posteriores a la fecha de la presentación. También le informaremos a usted o a su Representante Autorizado que se tomará una decisión con respecto a la Queja Formal y se proporcionará por escrito. Dicho aviso por escrito se enviará dentro de los cuarenta y cinco (45) días hábiles o sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de presentación de la Queja Formal.

Tanto para las Quejas Formales previas al servicio como para las posteriores al servicio, le enviaremos a usted o a su Representante Autorizado una carta solicitando una extensión, si anticipamos que habrá una demora en la conclusión de la Queja Formal dentro del período designado. El período de extensión solicitado no excederá treinta (30) días hábiles. Si usted o su Representante Autorizado no están de acuerdo con la extensión, la Queja Formal se completará en el plazo designado originalmente. Cualquier acuerdo para extender el período para la decisión sobre una Queja Formal se documentará por escrito.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Si se aprueba la Queja Formal previa al servicio o posterior al servicio, se le enviará una carta a usted o a su Representante Autorizado confirmando la aprobación. Si su Representante Autorizado presentó la Queja Formal, también se le enviará a usted una carta confirmando la Decisión sobre la Queja Formal.

Si la Queja Formal previa al servicio o posterior al servicio resulta en una negación, le notificaremos la decisión a usted o a su Representante Autorizado dentro de treinta (30) días hábiles. En el caso de una extensión con la que se estuvo de acuerdo, se proporcionará un aviso a más tardar el último día del período de extensión para una Queja Formal previa al servicio, o entre cuarenta y cinco (45) días hábiles o sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de presentación. Se enviará un aviso a más tardar el último día del período de extensión para una Queja Formal posterior al servicio.

Le comunicaremos verbalmente nuestra decisión a usted o a su Representante Autorizado y le enviaremos un aviso por escrito de dicha comunicación verbal a usted o a su Representante Autorizado, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores a la comunicación verbal.

Plazos para la Decisión sobre Quejas Formales y Quejas Dirigidas al Comisionado

En el caso de las Quejas Formales previas al servicio, si usted o su Representante Autorizado no reciben una Decisión sobre la Queja Formal de nuestra parte en a más tardar:

1. Al 30.º día hábil a partir de la fecha en que se presentó la Queja Formal, o
2. Al final de un período de extensión acordado, entonces:
 - a. Usted o su Representante Autorizado puede presentar una Queja ante el Comisionado sin esperar noticias nuestras.

En el caso de Quejas Formales posteriores al servicio, si usted o su Representante Autorizado no reciben una Decisión sobre la Queja Formal posterior al servicio de nuestra parte a más tardar:

1. Al 45.º día hábil a partir de la fecha de la presentación de la Queja Formal, o
2. Al final de un período de extensión al que se acordó, entonces:
 - a. Usted o su Representante Autorizado puede presentar una Queja ante el Comisionado sin esperar noticias nuestras.

Nota: En los casos en los que se presente al Comisionado una queja contra la Decisión sobre una Queja Formal del Plan de Salud, usted o su Representante Autorizado deben autorizar la divulgación de la historia clínica al Comisionado para ayudarle a que se tome una decisión sobre la queja.

Quejas Formales Aceleradas para Casos de Emergencia

Usted o su Representante Autorizado puede solicitar una revisión acelerada si se trata de un Caso de Emergencia, según se define el término en esta sección. Se puede iniciar una revisión acelerada de un Caso de Emergencia llamando al 1-800-777-7902.

Una vez que se inicia una revisión acelerada, una revisión clínica determinará si tiene una condición médica que cumpla la definición de un Caso de Emergencia. Una solicitud de revisión acelerada debe incluir un número de teléfono donde podamos comunicarnos con usted o con su Representante Autorizado para informarle sobre nuestra revisión. En el caso de que sea necesario recibir información adicional para que podamos tomar una determinación con respecto a la revisión acelerada, le notificaremos por teléfono a usted o a su Representante Autorizado para informarle que la consideración de la revisión acelerada podría no continuar a menos que se nos proporcione cierta información adicional. Si lo solicita, le ayudaremos a recopilar dicha información para que se pueda tomar una determinación dentro de los plazos establecidos.

Si la revisión clínica determina que usted no tiene la condición médica requerida, la solicitud se manejará como una Queja Formal no acelerada de conformidad con el procedimiento antes descrito. Si determinamos que no existe un Caso de Emergencia, le notificaremos verbalmente a usted o a su Representante Autorizado dentro de veinticuatro (24) horas y le notificaremos el derecho a presentar una Queja ante el Comisionado.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Si determinamos que existe un Caso de Emergencia, entonces, la solicitud de revisión acelerada será revisada por un médico que esté certificado por la junta o que sea elegible en la misma especialidad que el tratamiento en revisión y que no sea ni la persona ni un subordinado de la persona que tomó la decisión inicial. Si se necesita información adicional para continuar con la revisión, nos comunicaremos por teléfono con usted o con su Representante Autorizado.

Dentro de las veinticuatro (24) horas posteriores a la fecha de presentación de la solicitud de revisión acelerada, le notificaremos verbalmente a usted o a su Representante Autorizado sobre nuestra decisión. Enviaremos una notificación por escrito dentro de un (1) día calendario después de la comunicación verbal de la decisión. Si se otorga la aprobación, ayudaremos al Miembro a organizar el tratamiento o beneficio autorizado. Si la revisión acelerada resulta en una negación, le notificaremos por escrito a usted o a su Representante Autorizado dentro de un (1) día calendario después de la comunicación verbal de la decisión.

Si no tomamos una decisión dentro de los plazos establecidos para una revisión acelerada, usted o su Representante Autorizado puede presentar una Queja ante el Comisionado sin esperar noticias nuestras.

Aviso de Decisión Adversa sobre una Queja Formal

Si nuestra revisión de una Queja Formal (incluida una Queja Formal acelerada) da como resultado la negación, le enviaremos a usted o a su Representante Autorizado un aviso por escrito de nuestra Decisión sobre la Queja Formal dentro del plazo indicado anteriormente. Esta notificación incluirá:

1. La base específica de los hechos para la decisión en un lenguaje claro y comprensible;
2. Referencias a cualquier criterio o estándar específico en el que se basó la decisión, incluidas, entre otras, las pautas interpretativas que utilizamos. Además, usted o su Representante Autorizado tiene derecho a solicitar cualquier código de diagnóstico y tratamiento y sus significados, que puedan ser objeto de la reclamación respectiva;
3. Una declaración de que usted y su Representante Autorizado, según corresponda, tienen derecho, previa solicitud y sin cargo, a contar con acceso razonable a, y con copias de, todos los documentos, registros y otra información relevante para la reclamación. Si se basó en algún criterio específico, ya sea una copia de dicho criterio o una declaración de que dicho criterio se le proporcionará de forma gratuita, previa solicitud. Si la determinación se basó en la necesidad médica, el tratamiento experimental o una exclusión o límite similar, proporcionaremos ya sea una explicación del juicio científico o clínico, aplicando los términos del plan a las circunstancias médicas del Miembro, o una declaración de que dicha explicación se proporcionará de forma gratuita, previa solicitud;
4. El nombre, la dirección comercial y el número de teléfono comercial del director médico que tomó la Decisión sobre la Queja Formal:
Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attention: Office of the Medical Director
2101 East Jefferson Street
Rockville, MD 20852
Teléfono: 301-816-6482
5. Una descripción de su derecho o el de su Representante Autorizado a presentar una queja ante el Comisionado dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la recepción de nuestra Decisión sobre la Queja Formal;
6. La dirección y los números de teléfono y fax del Comisionado;
7. Una declaración de que la Unidad de Defensoría y Educación para la Salud está disponible para ayudarle a usted o a su Representante Autorizado a presentar una queja sobre el Plan de Salud ante el Comisionado, y
8. La dirección, los números de teléfono y fax, y la dirección de correo electrónico de la Unidad de Defensoría y Educación para la Salud.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Nota: El Plan de Salud debe notificar una decisión adversa en un idioma que no sea el inglés si hay ciertas barreras para la cantidad de personas que saben leer y escribir en el mismo idioma que no sea el inglés. Una barrera en el idioma se aplica a un condado si al menos el 10 por ciento de la población sabe leer y escribir solo en el mismo idioma extranjero que se identifica como un idioma que no es el inglés por mandato federal. Si le enviamos un aviso de una decisión sobre la Apelación a una dirección en un condado donde se aplica la barrera en el idioma exigida por el gobierno federal, entonces, usted o su Representante Autorizado puede solicitar la traducción de ese aviso por la barrera en el idioma que corresponda. Usted o su Representante Autorizado puede solicitar la traducción del aviso comunicándose con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Nuestro Proceso Interno de Apelación

Este proceso se aplica a nuestras Decisiones de Cobertura. El proceso interno de Apelación del Plan de Salud debe agotarse antes de presentar una Queja ante el Comisionado, excepto si nuestra Decisión de Cobertura involucra una Condición Médica Urgente. Para Condiciones Médicas Urgentes, se puede presentar una queja ante el Comisionado sin antes agotar nuestro proceso interno de Apelación, solo para decisiones previas al servicio, lo que significa que los servicios aún no se han prestado.

Cómo Iniciar una Apelación

Estos procedimientos internos de Apelación están diseñados por el Plan de Salud para garantizar que las inquietudes se escuchen y resuelvan de manera justa y adecuada. Estos procedimientos se aplican a una solicitud de reconsideración de una Decisión de Cobertura emitida por el Plan de Salud, con respecto a cualquier aspecto del Servicio de atención para la salud del Plan de Salud. Usted o su Representante Autorizado debe presentar una Apelación dentro de los ciento ochenta (180) días calendario a partir de la fecha de recepción de la Decisión de Cobertura. La Apelación debe enviarse a la siguiente dirección:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States
Attention: Member Services Appeals Unit
2101 East Jefferson Street
Rockville, MD 20852
Fax: 1-866-640-9826

Usted o su Representante Autorizado también puede solicitar una Apelación comunicándose con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Los Representantes de Servicio a los Miembros también están disponibles para describir cómo se procesan y resuelven las Apelaciones.

Usted o su Representante Autorizado, según corresponda, puede revisar el expediente de Apelación del Plan de Salud y proporcionar evidencia y testimonio para respaldar la solicitud de Apelación.

Junto con una Apelación, usted o su Representante Autorizado también puede enviar información adicional, incluidos comentarios, documentos o expedientes médicos adicionales que se considera que respaldan la reclamación. Si el Plan de Salud solicitó información adicional antes y usted o su Representante Autorizado no la proporcionó, la información adicional aún puede enviarse con la Apelación. Además, el testimonio se puede dar por escrito o por teléfono. Se puede enviar un testimonio por escrito con la Apelación a la dirección que se indicó antes. Si desea hacer arreglos para brindar un testimonio por teléfono, comuníquese con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY). El Plan de Salud agregará toda la información adicional al archivo de reclamación y revisará toda la información nueva, independientemente de si esta información se envió o se consideró al tomar la decisión inicial.

Antes de tomar su decisión final, el Plan de Salud le proporcionará a usted o a su Representante Autorizado cualquier evidencia nueva o adicional considerada, basada en o generada por (o bajo la dirección de) el Plan de Salud, en relación con la Apelación, sin cargo. Si durante la revisión de la Apelación por parte del Plan de Salud determinamos que se puede tomar una decisión de cobertura adversa en función de una justificación nueva o adicional, entonces, le proporcionaremos a usted o a su

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Representante Autorizado esta nueva información antes de emitir nuestra decisión de cobertura final y le explicaremos cómo usted o su Representante Autorizado puede responder a la información, si así lo desea. La información adicional se le proporcionará a usted o a su Representante Autorizado tan pronto como sea posible y con suficiente anticipación antes de la fecha límite para darle una oportunidad razonable de responder a la nueva información.

Una vez que el Plan de Salud reciba la Apelación, le responderemos a usted o a su Representante Autorizado por escrito en un plazo de:

1. Treinta (30) días hábiles para una reclamación previa al servicio;
2. Sesenta (60) días hábiles para una reclamación posterior al servicio.

Si la revisión del Plan de Salud resulta en una negación, se lo notificará por escrito a usted o a su Representante Autorizado dentro de los tres (3) días hábiles posteriores a la comunicación verbal de la Decisión sobre la Apelación. Dicha notificación incluirá:

1. La base específica de los hechos para la decisión en un lenguaje claro y comprensible;
2. Referencia a la disposición específica del plan en la que se basó la determinación. Además, usted o su Representante Autorizado tiene derecho a solicitar cualquier código de diagnóstico y tratamiento y sus significados, que puedan ser objeto de la reclamación respectiva;
3. Una descripción de su derecho o el de su Representante Autorizado a presentar una queja ante el Comisionado dentro de los cuatro (4) meses posteriores a la recepción de nuestra Decisión sobre la Apelación;
4. La dirección y los números de teléfono y fax del Comisionado;
5. Una declaración de que la Unidad de Defensoría y Educación para la Salud está disponible para ayudarle a usted o a su Representante Autorizado a presentar una queja sobre el Plan de Salud ante el Comisionado, y
6. La dirección, los números de teléfono y fax, y la dirección de correo electrónico de la Unidad de Defensoría y Educación para la Salud.

Nota: El Plan de Salud debe notificar una decisión adversa en un idioma que no sea el inglés si hay ciertas barreras para la cantidad de personas que saben leer y escribir en el mismo idioma que no sea el inglés. Una barrera en el idioma se aplica a un condado si al menos el 10 por ciento de la población sabe leer y escribir solo en el mismo idioma extranjero que se identifica como un idioma que no es el inglés por mandato federal. Si le enviamos un aviso de una decisión sobre la Apelación a una dirección en un condado donde se aplica la barrera en el idioma exigida por el gobierno federal, entonces, usted o su Representante Autorizado puede solicitar la traducción de ese aviso por la barrera en el idioma que corresponda. Usted o su Representante Autorizado puede solicitar la traducción del aviso comunicándose con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Cómo Presentar Quejas Sobre el Plan de Salud

Si tiene alguna queja sobre el funcionamiento del Plan de Salud o su atención, usted o su Representante Autorizado pueden presentar una queja ante:

Maryland Insurance Administration
Attention: Consumer Complaint Investigation
Life and Health
200 St. Paul Place
Suite 2700
Baltimore, MD 21202
Teléfono: 410-468-2000
Línea telefónica gratuita fuera del área: 1-800-492-6116
TTY: 1-800-735-2258
Fax: 1-410-468-2260 o 1-410-468-2270

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

SECCIÓN 6: Cancelación de la Membresía

Esta sección describe cómo puede finalizar su membresía y explica cómo puede mantener la cobertura del Plan de Salud sin que se interrumpa, si se finaliza su membresía en virtud de este contrato.

Si la membresía de un Suscriptor finaliza, tanto la membresía del Suscriptor como la de los Dependientes correspondientes finalizarán al mismo tiempo. Le informaremos la fecha de cancelación de su cobertura y el motivo de la cancelación. Este aviso de cancelación se proporcionará al menos treinta (30) días antes de la fecha de cancelación. Si se cancela su membresía, todos los derechos a beneficios finalizan a las 11:59 p. m., Hora del Este (la hora en la ubicación de la oficina administrativa del Plan de Salud en 2101 East Jefferson Street, Rockville, Maryland 20852) en la fecha de cancelación. Al cancelarse su membresía, el Plan de Salud y los Proveedores del Plan ya no tienen responsabilidad alguna en virtud de este contrato, excepto según lo dispuesto en la Extensión de los Beneficios en esta sección.

Cancelación de la Membresía

Cancelación del Acuerdo de su Grupo

Si el Acuerdo de su Grupo con nosotros se cancela por cualquier motivo, su membresía y el Acuerdo de su Grupo tendrán la misma fecha de finalización.

Cancelación Debido a la Pérdida de Elegibilidad

Su membresía se cancelará si ya no cumple las condiciones según las cuales era elegible para inscribirse, conforme a lo establecido en *Elegibilidad para Este Plan* en la *Sección 1: Introducción a Su Plan de Salud de Kaiser Permanente*.

Si es elegible el 1.º día de un mes, pero más adelante en dicho mes ya no cumple los requisitos de elegibilidad, su membresía se cancelará el último día de dicho mes, a menos que su Grupo tenga un acuerdo con nosotros para cancelarla en un momento que no sea el último día del mes. Consulte con el administrador de beneficios del Grupo para confirmar su fecha de cancelación.

Cancelación Debido a un Cambio de Residencia

Si el Suscriptor ya no vive ni trabaja dentro del Área de Servicio del Plan de Salud, que se define en la sección *Términos Importantes que Debe Conocer*, podemos cancelar la membresía del Suscriptor y de todos los Dependientes en su Unidad Familiar enviando un aviso de cancelación al menos treinta (30) días antes de la fecha de cancelación.

Cancelación con Causa

Al enviar un aviso por escrito al Suscriptor al menos treinta (30) días antes de la fecha de cancelación, podemos cancelar la membresía del Suscriptor o de cualquier Dependiente con causa si usted o sus Dependientes:

1. Realizan intencionalmente un acto, una práctica o una omisión que constituya fraude, que bajo ciertas circunstancias puede incluir, entre otras, presentar una receta médica o una orden médica fraudulenta, vender sus recetas médicas o permitir que otra persona obtenga Servicios usando su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente, o
2. Hacen una tergiversación intencional de un hecho material.

Además, si el fraude o la tergiversación intencional lo cometió:

1. El Suscriptor, podemos cancelar la membresía del Suscriptor y de todos los Dependientes en la Unidad Familiar.
2. Un Dependiente, podemos cancelar solo la membresía de dicho Dependiente.

Podemos informar a las autoridades correspondientes sobre el fraude cometido por cualquier Miembro para que tomen las medidas correspondientes.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Cancelación por Falta de Pago

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

Extensión de los Beneficios

Cuando se haya cancelado su cobertura con nosotros, extenderemos los beneficios para los Servicios cubiertos, sin la Prima, en los siguientes casos:

1. Si se encuentra Completamente Discapacitado al momento de la cancelación de su cobertura, seguiremos otorgándole los beneficios para los servicios cubiertos relacionados con la condición que causa la discapacidad. Se cancelará la cobertura cuando ya no reúna los requisitos como Completamente Discapacitado, o hasta doce (12) meses a partir de la fecha de finalización de su cobertura, lo que ocurra primero.
2. Si ordenó anteojos o lentes de contacto antes de la fecha de finalización de su cobertura, le otorgaremos beneficios para anteojos o lentes de contacto cubiertos que se reciban dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha en que realizó el pedido.
3. Si está recibiendo un tratamiento dental cubierto en curso al momento de la cancelación de su cobertura, seguiremos otorgándole beneficios, de acuerdo con la EOC vigente al momento de la finalización de su cobertura, durante un período de noventa (90) días posteriores a la fecha de finalización de su cobertura.
4. Si está recibiendo un tratamiento de ortodoncia cubierto en curso al momento de la finalización de su cobertura, continuaremos otorgándole beneficios de acuerdo con la EOC vigente al momento de la finalización de su cobertura, durante un período de:
 - a. Sesenta (60) días después de la fecha de finalización de su cobertura si el ortodoncista aceptó recibir o actualmente recibe pagos mensuales, o
 - b. Sesenta (60) días después de la fecha de finalización de su cobertura o al final del trimestre en curso, lo que ocurra con posterioridad, si el ortodoncista aceptó recibir o actualmente recibe pagos trimestralmente.

Para ayudarnos, si cree que reúne los requisitos en virtud de esta disposición de *Extensión de los Beneficios*, le recomendamos que nos lo notifique por escrito.

Limitaciones a la Extensión de los Beneficios

La sección de *Extensión de los Beneficios* mencionada anteriormente no aplica en los siguientes casos:

1. Falta de pago de la Prima por parte del Miembro;
2. Miembros cuya cobertura se cancela por motivos de fraude o tergiversación material por parte del Miembro;
3. Cuando un plan de salud subsiguiente otorga la cobertura y dicha cobertura:
 - a. Se le otorga a la persona a un costo que sea menor o igual al costo para la persona del beneficio extendido disponible en virtud de esta EOC, y
 - b. No resultará en una interrupción de los beneficios para el Miembro.

Suspensión de un Producto o de Todos los Productos

Es posible que suspendamos la oferta de un producto en particular o de todos los productos en un mercado, según lo permita la ley. Si suspendemos la oferta del producto que se describe en esta EOC en un mercado, enviaremos un aviso por escrito con noventa (90) días de anticipación al Suscriptor. Si suspendemos la oferta de todos los productos en un mercado a los grupos, enviaremos un aviso por escrito con ciento ochenta días (180) de anticipación al Suscriptor.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Continuación de la Cobertura Grupal Bajo la Ley Federal

COBRA

Es posible que usted o sus Dependientes puedan continuar con su cobertura en virtud de esta EOC durante un tiempo limitado después de que haya perdido la elegibilidad. Los Miembros son elegibles para la cobertura de continuación de la COBRA incluso si viven en el área de servicio de otro Kaiser Foundation Health Plan o plan asociado. Comuníquese con su Grupo si desea saber si usted o sus Dependientes son elegibles para la cobertura de la COBRA, cómo elegir la cobertura de la COBRA o cuánto tendrá que pagarle a su Grupo por ella.

USERRA

Si lo llaman a servicio activo en los servicios uniformados, es posible que pueda continuar con su cobertura en virtud de 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). Los Miembros no son elegibles para la cobertura de continuación de USERRA únicamente porque se mudaron o viven fuera de nuestra Área de Servicio. Los Miembros que sirven en el ejército deberán enviar un formulario de elección de USERRA a su Grupo en un plazo de sesenta (60) días después de su llamado 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.

Continuación de la Cobertura Bajo la Ley Estatal

Muerte del Suscriptor

Tras la muerte del Suscriptor, el cónyuge del Suscriptor y cualquier hijo Dependiente del mismo (incluido cualquier hijo del Suscriptor que nazca después de su fallecimiento) podrán continuar con la cobertura ininterrumpida establecida en el presente, bajo un acuerdo con el Grupo en conformidad con las leyes correspondientes de Maryland.

El período de elección para tal cobertura otorgada en conformidad con las leyes de Maryland iniciará en la fecha en la que se haya presentado un cambio correspondiente en el estado y terminará no antes de cuarenta y cinco (45) días después de dicha fecha.

La cobertura grupal en conformidad con esta sección continúa para los Dependientes que sean elegibles para la cobertura de continuación estatal, únicamente si se pagan los cargos mensuales correspondientes, que pueden incluir una tarifa administrativa razonable y admisible, que no excederá el dos por ciento del costo completo para el empleador, en el cargo de la Prima de su Grupo en el momento que especifique el Grupo, y se cancelará en la primera de las siguientes fechas:

1. Cancelación de este Acuerdo;
2. Elegibilidad del Miembro para beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos en virtud de un programa o plan de beneficios para la salud grupal asegurado o autoasegurado, diferente al contrato de grupo, que esté escrita de acuerdo con los gastos en los que se incurra o que sea parte de una organización de mantenimiento de la salud;
3. Derecho del Miembro a beneficios en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social;
4. Aceptación del Miembro de cualquier cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica en virtud de un contrato que no sea de grupo o una póliza que esté escrita de acuerdo con los gastos en los que se incurra o que sea parte de una organización de mantenimiento de la salud;
5. Dejar de calificar como hijo Dependiente (en cuyo caso solo se verá impactada la cobertura del hijo afectado que anteriormente era Dependiente), o
6. El vencimiento de dieciocho (18) meses calendarios después de la muerte del Suscriptor.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Divorcio del Suscriptor y Su Cónyuge

Si un Miembro pierde la cobertura debido al divorcio del Suscriptor, el antiguo cónyuge del Suscriptor y cualquier hijo Dependiente del mismo (incluido cualquier hijo del Suscriptor que nazca después del divorcio), podrán continuar con la cobertura ininterrumpida establecida el presente, bajo un acuerdo con el Grupo en conformidad con las leyes correspondientes de Maryland. El período de notificación para el cambio de estado correspondiente que se proporciona en conformidad con las leyes de Maryland iniciará en la fecha en la que se haya presentado un cambio en el estado y finalizará no antes de sesenta (60) días después de dicha fecha.

La cobertura grupal en conformidad con esta sección continúa para los Dependientes que sean elegibles para la cobertura de continuación estatal, únicamente si se pagan los cargos mensuales correspondientes al Grupo, en el momento que especifique el Grupo, y se cancelará en la primera de las siguientes fechas:

1. Cancelación de este Acuerdo;
2. Elegibilidad del Miembro para beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos en virtud de un programa o plan de beneficios para la salud grupal asegurado o autoasegurado, diferente al contrato de grupo, que esté escrita de acuerdo con los gastos en los que se incurra o que sea parte de una organización de mantenimiento de la salud;
3. Derecho del Miembro a beneficios en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social;
4. Aceptación del Miembro de cualquier cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica en virtud de un contrato que no sea de grupo o una póliza que esté escrita de acuerdo con los gastos en los que se incurra o que sea parte de una organización de mantenimiento de la salud;
5. Dejar de calificar como hijo Dependiente (en cuyo caso solo se verá impactada la cobertura del hijo afectado que anteriormente era Dependiente), o
6. Nuevo casamiento del Miembro que sea el antiguo cónyuge divorciado del Suscriptor (en cuyo caso solo se verá afectada la cobertura del antiguo cónyuge divorciado del Suscriptor).

Terminación Voluntaria o Involuntaria del Contrato Laboral del Suscriptor por Razones que No Sean por Motivo Justificado

Si pierde la cobertura debido a la terminación voluntaria o involuntaria del contrato laboral del Suscriptor, por cualquier razón que no sea un motivo justificado, el cónyuge del Suscriptor y cualquier hijo Dependiente que estuvieran cubiertos en conformidad con este contrato antes del cambio en la situación laboral del Suscriptor, podrán continuar con la cobertura ininterrumpida establecida en el presente, bajo un acuerdo con el Grupo en conformidad con las leyes aplicables de Maryland, si el Suscriptor vive en Maryland.

La cobertura grupal en conformidad con esta sección continúa para los Dependientes que sean elegibles para la cobertura de continuación estatal, únicamente si se pagan los cargos mensuales correspondientes, que pueden incluir una tarifa administrativa razonable y admisible, que no excederá el dos por ciento del costo completo para el empleador, en el cargo de la Prima de su Grupo en el momento que especifique el Grupo, y se cancelará en la primera de las siguientes fechas:

1. Cancelación de este Acuerdo, o
2. Elegibilidad del Miembro para beneficios hospitalarios, médicos o quirúrgicos en virtud de un programa o plan de beneficios para la salud grupal asegurado o autoasegurado, diferente al contrato de grupo, que esté escrita de acuerdo con los gastos en los que se incurra o que sea parte de una organización de mantenimiento de la salud;
3. Derecho del Miembro a beneficios en virtud del Título XVIII de la Ley del Seguro Social;
4. Aceptación del Miembro de cualquier cobertura hospitalaria, médica o quirúrgica en virtud de un contrato que no sea de grupo o una póliza que esté escrita de acuerdo con los gastos en los que se incurra o que sea parte de una organización de mantenimiento de la salud;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

5. Dejar de calificar como Dependiente (en cuyo caso solo se verá impactada la cobertura del hijo afectado que anteriormente era Dependiente), o
6. El vencimiento de dieciocho (18) meses calendarios después de la terminación del contrato laboral del Suscriptor.

Cobertura en Virtud de la Disposición de Continuación del Plan Anterior del Grupo

Una persona que anteriormente haya tenido una cobertura grupal continua con un administrador de beneficios para la salud o una organización de mantenimiento de la salud diferente al Plan de Salud y que sea, en virtud de las leyes aplicables de Maryland, elegible para continuar con la cobertura Grupal con el Plan de Salud, podrá inscribirse en la cobertura del Plan de Salud y continuar con dicha cobertura según lo estipulado en esta sección.

Para los fines de esta sección, Miembro o Dependiente incluye un hijo nacido de un cónyuge divorciado o superviviente que esté inscrito en conformidad con esta sección.

A menos que su Grupo acuerde lo contrario, sujeta a estas disposiciones, una persona que sea Miembro en conformidad con el presente el primer día de un mes está cubierta durante el mes completo.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

SECCIÓN 7: Otras Disposiciones Importantes de Su Plan

Esta sección contiene disposiciones especiales adicionales que corresponden a esta EOC.

Solicitudes y Declaraciones

Usted o su Representante Autorizado deberá completar cualquier solicitud, formulario o declaración especificados en esta EOC, o que solicitemos en el curso de nuestras actividades comerciales habituales.

Cesión

No puede ceder esta EOC ni los beneficios, los intereses, las obligaciones, los derechos o las reclamaciones por dinero adeudado establecidos en el presente documento sin nuestra autorización previa por escrito.

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 su propio abogado.

Certificados

Un certificado es una declaración que resume los beneficios y derechos que corresponden a cada Miembro en conformidad con este contrato. Le otorgaremos un certificado, que se entregará ya sea:

1. Directamente a cada Suscriptor, ya que solo se emitirá una declaración por familia cuando los Dependientes estén inscritos en este Plan, o
2. A su Grupo, para la distribución a cada Suscriptor del Grupo.

Impugnación

Este contrato no puede ser impugnado, excepto por falta de pago de la Prima, después de haber estado vigente por dos (2) años a partir de la fecha de emisión.

No se puede utilizar una declaración hecha por un Miembro en relación con la asegurabilidad para impugnar la validez de la cobertura si la declaración se hizo después de que la cobertura hubiera estado vigente por un período de dos (2) años antes de la impugnación.

En ausencia de fraude, cada declaración hecha por un solicitante, empleador o Miembro se considera una representación y no una garantía. Por lo tanto, una declaración hecha para efectuar la cobertura no puede utilizarse para anular la cobertura o reducir los beneficios del contrato a menos que:

1. La declaración se documente por escrito y esté firmada por el solicitante, empleador o Miembro, y
2. Se proporcione una copia de la declaración al solicitante, empleador o Miembro.

Contratos con Proveedores del Plan

Relación y Compensación de los Proveedores del Plan

El Plan de Salud y los Proveedores del Plan son contratistas independientes. Los Proveedores del Plan reciben su pago de varias formas, entre ellas las siguientes: sueldos, capitación, tarifas por día, tarifas por caso, tarifas por servicio y pago de incentivos. Si desea recibir información adicional acerca de la manera en la que los Proveedores del Plan reciben su pago para otorgar u organizar Servicios médicos y hospitalarios para los miembros, consulte su Directorio de Proveedores o comuníquese con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Cancelación de un Proveedor del Plan

Si nuestro contrato con cualquier Proveedor del Plan se cancela por razones ajenas al fraude, abuso de pacientes, incompetencia o pérdida del estado de la licencia mientras usted se encuentra bajo su cuidado, podrá seguir acudiendo con el proveedor y conservaremos la responsabilidad financiera de los Servicios cubiertos que reciba en exceso de cualquier Costo Compartido correspondiente durante un período que no excederá los noventa (90) días a partir de la fecha en que le informamos acerca de la cancelación del Proveedor del Plan.

Cancelación de un Médico de Atención Médica Primaria del Plan

Si nuestro contrato con su Médico de Atención Médica Primaria del Plan se cancela por razones ajenas al fraude, abuso de pacientes, incompetencia o pérdida del estado de la licencia mientras usted se encuentra bajo su cuidado, podrá continuar acudiendo con el proveedor y conservaremos la responsabilidad financiera de los Servicios cubiertos que reciba en exceso de cualquier Costo Compartido correspondiente, durante un período que no excederá los noventa (90) días a partir de la fecha en que le informamos acerca de la cancelación del Médico del Plan, o hasta que haya elegido a uno nuevo, lo que ocurra primero.

Legislación Aplicable

El presente contrato se administrará en conformidad con las leyes del Estado de Maryland, excepto cuando tengan precedencia las leyes federales. Cualquier disposición que deba incluirse en este contrato debido a la ley estatal o federal vinculará a los Miembros y al Plan de Salud, se estipule o no en este contrato.

Acción Legal

No se puede iniciar ninguna acción legal con el fin de recuperar una pérdida en relación con este contrato:

1. Antes del vencimiento de sesenta (60) días después de que nos haya otorgado pruebas de su pérdida de acuerdo con los términos de este contrato, o
2. Después del vencimiento de tres (3) años a partir de la fecha en que se solicitó que se proporcionaran pruebas de su pérdida.

Notificaciones Enviadas por Correo

Le enviaremos cualquier notificación a la dirección más reciente que tengamos registrado del Suscriptor. Usted es responsable de notificarnos sobre cualquier cambio de domicilio. Los Suscriptores que se muden deberán comunicarse con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9:00 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY).

Puede enviar una notificación de cambio de domicilio al Plan de Salud por correo postal de los EE. UU. con franqueo prepagado a:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
P.O. Box 6831
2101 East Jefferson Street
Rockville, MD 20852-4908

Notificación de Plan de Grupo Sin Derechos Adquiridos por Antigüedad

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. cree que su Plan es un “plan de salud sin derechos adquiridos por antigüedad” en virtud de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA).

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Recuperación de Exceso de Pago

Podremos recuperar cualquier pago en exceso que hagamos por Servicios cubiertos de parte de:

1. Cualquier persona que reciba un pago en exceso, o
2. Cualquier persona u organización obligada a pagar por los Servicios.

En el caso de un pago en exceso a un proveedor de atención médica, solo podemos denegar de forma retroactiva el reembolso a dicho proveedor de atención médica durante el período de seis (6) meses después de la fecha en la que pagamos una reclamación que dicho proveedor haya presentado.

Prácticas de Privacidad

Kaiser Permanente protegerá la privacidad de su información médica protegida (PHI). También exigimos a los proveedores contratados que protejan su PHI. Su PHI es información que lo identifica individualmente sobre su salud, los Servicios de atención para la salud que recibe y el pago de su atención médica. Por lo general, puede:

1. Ver y recibir copias de su PHI;
2. Corregir o actualizar su PHI, y
3. Solicitarnos un informe sobre ciertas divulgaciones de su PHI.

Es posible que usemos o revelemos su PHI para propósitos de tratamiento, pago, investigación médica y funciones relacionadas con la atención médica, como la evaluación de la calidad de los Servicios. A veces la ley exige que compartamos la PHI con terceros, por ejemplo, agencias del gobierno o como respuesta a una acción judicial. Además, la información médica que identifique al miembro se comparte con su Grupo solo con su autorización o en los casos en que la ley así lo permita. No usaremos ni divulgaremos su PHI con otros fines sin su autorización por escrito o la de su Representante Autorizado, excepto en las situaciones que se describen en nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad*. La decisión de darnos la autorización queda a su criterio.

Este es solo un breve resumen de algunas de nuestras principales prácticas de privacidad. Nuestro *Aviso sobre Prácticas de Privacidad*, que ofrece información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad y sus derechos con respecto a la PHI, está a su disposición si lo solicita. Para solicitar una copia, comuníquese con Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9:00 p. m., al 1-800-777-7902 o 711 (TTY). También puede encontrar el aviso en el Centro del Plan de su localidad o en línea en kp.org/.

Acuerdos de Maternidad Subrogada o Gestacional

Un acuerdo de maternidad subrogada o gestacional es un acuerdo entre una Miembro que se convierte en madre sustituta o gestacional y otra persona o personas. En un acuerdo de maternidad subrogada, usted acepta quedar embarazada y entregar el bebé (o bebés) a otra persona o personas quienes piensan criar al niño (o niños).

Debe pagar los Servicios que reciba en relación con la concepción, el embarazo, el parto o la atención posparto en conexión con un acuerdo de maternidad subrogada (Servicios de salud para embarazos por maternidad subrogada). Su obligación de pagarnos por Servicios de salud para embarazos por maternidad subrogada se limita a la compensación que tiene derecho a recibir conforme al acuerdo de maternidad subrogada.

Nota: Esta sección sobre “Acuerdos de Maternidad Subrogada o Gestacional” no afecta su obligación de pagar su Deducible, Copago, Coseguro u otros montos que tenga que pagar para estos Servicios. Después de que entrega el bebé (o bebés) a los padres legales, no está obligada a pagar ningún Cargo por los Servicios que el/los bebé(s) reciba(n) (los padres legales son económicamente responsables de los Servicios que el bebé reciba).

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Al aceptar recibir Servicios de salud para embarazos por maternidad subrogada, automáticamente nos asigna su derecho a recibir pagos pagaderos a usted o a su beneficiario según el acuerdo de maternidad subrogada, independientemente de si los pagos se caracterizan o no como pagos por gastos médicos. Para garantizar nuestros derechos, también tenemos un derecho de retención sobre esos pagos y sobre cualquier cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos. Dichos pagos (y los montos de la cuenta de depósito en garantía, fondo u otra cuenta en la que se encuentren esos pagos) se aplicarán primero para satisfacer nuestro derecho de retención. La cesión y nuestro derecho de retención no excederán la cantidad total de su obligación con nosotros de conformidad con el párrafo que antecede.

En el plazo de treinta (30) días después de haber celebrado un acuerdo de maternidad subrogada, debe enviar un aviso por escrito del acuerdo, que incluya la siguiente información:

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

Debe enviar esta información a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
Attn: Patient Financial Services Surrogacy Coordinator
2101 E. Jefferson St., 4 East
Rockville, MD 20852

Debe llenar y enviarnos todos los consentimientos, cesiones, autorizaciones, formularios de derechos de retención, asignaciones y demás documentos que nos sean razonablemente necesarios para determinar la existencia de todo derecho que podamos tener de acuerdo con esta disposición y para satisfacer esos derechos. No debe tomar ninguna medida que perjudique nuestros derechos.

Si su heredero, padre o madre, tutor legal, Cónyuge, fideicomisario o protector presentan una reclamación contra un tercero por un acuerdo de maternidad subrogada, su heredero, padre o madre, tutor legal, cónyuge, fideicomisario o protector estarán sujetos a nuestros derechos de retención y otros derechos de la misma forma que lo estarían si usted hubiera presentado la reclamación contra el tercero. Tendremos la opción de ceder nuestro derecho a ejecutar nuestro derecho de retención y otros derechos.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Términos Importantes Que Debe Conocer

Esta sección está en orden alfabético para su conveniencia. Los términos definidos en esta sección tienen significados especiales. Los siguientes términos, cuando se escriben en mayúsculas y se utilizan en este Acuerdo, significan:

A

Acuerdo: La totalidad de este documento de EOC, incluidos todos los apéndices adjuntos, que constituye el contrato completo entre un Miembro y Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic State, Inc., y que reemplaza cualquier Acuerdo previo que hayamos emitido anteriormente.

Aparato Ortopédicos: Un equipo o aparato que se utiliza para el apoyo, la alineación, la prevención o la corrección de deformidades, o para mejorar la función de las partes móviles del cuerpo.

Aparato Protésico: Un sustituto artificial para una parte faltante del cuerpo que se usa por razones funcionales.

Apelación: Una protesta que presenta un Miembro o su representante Autorizado ante el Plan de Salud de acuerdo con su proceso de apelación interno acerca de una Decisión de Cobertura en relación con un Miembro.

Área de Servicio: Las áreas del Distrito de Columbia; los siguientes condados de Virginia: Arlington, Fairfax, King George, Loudoun, Spotsylvania, Stafford, Prince William y códigos postales específicos dentro de Caroline, Culpeper, Fauquier, Hanover, Louisa, Orange y Westmoreland; las siguientes ciudades de Virginia: Alexandria, Falls Church, Fairfax, Fredericksburg, Manassas y Manassas Park; las siguientes áreas de Maryland: la Ciudad de Baltimore; los siguientes condados de Maryland: Anne Arundel, Baltimore, Carroll, Harford, Howard, Montgomery y Prince George's, y algunos códigos postales específicos dentro de los condados de Calvert, Charles y Frederick. Puede encontrar una lista de estos códigos postales en cualquier consultorio del Plan de Salud.

Atención Médica Primaria: Servicios que presta un Profesional de la Atención Médica en las siguientes disciplinas:

1. Medicina interna general;
2. Medicina familiar;
3. Pediatría, u
4. Obstetricia y ginecología (OB/GYN).

B

Beneficios de Salud Esenciales: Tiene el significado que se encuentra en la sección 1302(b) de la Ley de Protección del Paciente y Atención Asequible, y como los define la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, e incluye servicios para pacientes ambulatorios; servicios de emergencia; hospitalización; atención de maternidad y cuidado del recién nacido; Servicios de salud mental y para trastornos por abuso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual; medicamentos recetados; Servicios y dispositivos de rehabilitación o Habilidad; servicios de laboratorio; servicios de bienestar y prevención y manejo de enfermedades crónicas; y Servicios pediátricos, incluido el cuidado bucal y de la vista.

C

Cargos Admisibles (Allowable Charges, AC): Significa ya sea para:

1. Servicios prestados por el Plan de Salud o el Grupo Médico, el monto en el horario del Plan de Salud del Grupo Médico y los cargos del Plan de Salud por los Servicios prestados a los Miembros;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

2. Artículos obtenidos en una Farmacia del Plan, el “Valor Estándar para el Miembro” que significa el costo del artículo calculado sobre un precio mayorista con descuento más una tarifa de entrega;
3. Para todos los demás servicios, el monto:
 - a. Que el proveedor acordó aceptar;
 - b. Que el proveedor haya negociado con el Plan de Salud;
 - c. Estipulado en el horario de pago que los proveedores han acordado aceptar como pago por dichos Servicios, o
 - d. Que el Plan de Salud paga por dichos Servicios.

Para los Proveedores fuera del Plan, el Cargo Admisible no será menor que el monto que el Plan de Salud debe pagar de acuerdo con la §19-710.1 del Artículo General de Salud del Código Comentado de Maryland.

Caso de Emergencia: Un caso en el que una Decisión Adversa se haya emitido en relación con los Servicios de Atención para la Salud que aún no se prestan y los cuales son necesarios para tratar una condición o enfermedad que, sin atención médica, podría:

1. Poner en grave riesgo la vida o salud del Miembro o su habilidad para recuperar la función máxima;
2. Provocar que el Miembro sea un peligro para sí mismo o para otros, o
3. Provocar que el Miembro continúe usando sustancias embriagantes de una manera inminentemente peligrosa.

Centro de Enfermería Especializada: Un centro de atención que brinda atención de enfermería especializada a pacientes hospitalizados, Servicios de rehabilitación y otros Servicios de Atención para la Salud relacionados y que está certificado por Medicare. La actividad principal del centro de atención debe ser la prestación de atención autorizada de enfermería especializada las veinticuatro (24) horas del día. El término “Centro de Enfermería Especializada” no incluye los hogares para ancianos convalecientes, los centros de descanso ni los centros para personas mayores, cuya actividad principal es brindar atención de custodia, incluida la capacitación para rutinas de la vida diaria.

Centro del Plan: Un Centro Médico del Plan, un Hospital del Plan o cualquier otro centro de atención independiente que sea:

1. Operado por nosotros o que tenga un contrato para brindar Servicios y suministros a los Miembros, y
2. Que se incluya en su red de proveedores Signature.

Centro Médico del Plan: Consultorios médicos y centros de atención especializada como los centros de imágenes diagnósticas que nosotros operemos, en los cuales el Grupo Médico y otros Proveedores de Atención Médica, incluidos los Especialistas No Médicos que sean empleados nuestros, brinden a los Miembros Servicios de atención médica primaria, atención especializada y cuidados auxiliares.

Cobertura Familiar: Cualquier cobertura que no sea la Cobertura Individual.

Cobertura Individual: Cobertura únicamente para un Suscriptor, sin Dependientes que estén cubiertos en este Plan.

Comisionado: El Comisionado de Seguros de Maryland.

Condición Médica Crónica o Compleja: Una condición física, de comportamiento o de desarrollo que:

1. Pueda no tener una cura conocida;
2. Sea progresiva, o
3. Pueda ser debilitante o letal si no se trata o no se trata debidamente.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Entre las Condiciones Médicas Crónicas o Complejas se incluyen, entre otras: Esclerosis Múltiple, Hepatitis C y Artritis Reumatoide.

Condición Médica de Emergencia: Una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de tal gravedad (incluido el dolor intenso) que una persona no profesional prudente, con un conocimiento promedio de salud y medicina, podría considerar, de forma razonable, que si no recibe atención médica de inmediato podría presentarse alguna de las siguientes situaciones:

1. Poner en grave riesgo la salud de la persona (o, en el caso de una 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.

Condición Médica Poco Común: Una enfermedad o condición que afecta a menos de 200,000 personas en los Estados Unidos o aproximadamente a 1 de cada 1,500 personas en todo el mundo. Una Condición Médica Poco Común incluye, entre otras: Fibrosis Quística, Hemofilia y Mieloma Múltiple.

Condición Médica Urgente: Como se utiliza en esta sección, es una condición que cumple con alguno de los siguientes:

1. Una condición médica, incluidas las condiciones físicas, de salud mental o dentales, en las que, si no recibe atención médica en setenta y dos (72) horas, podría esperarse de forma razonable, según el juicio de una persona prudente que posea un conocimiento promedio de salud y medicina, y que actúe en nombre del Plan de Salud, que derive en:
 - a. Poner la vida o salud del Miembro en riesgo grave;
 - b. La incapacidad del Miembro de recuperar su función máxima;
 - c. El deterioro grave de las funciones corporales;
 - d. Una disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo, o
 - e. Que el Miembro permanezca con una enfermedad mental grave con síntomas que ocasionen que sea un peligro para sí mismo o para otros, o
2. Una condición médica, incluidas las condiciones físicas, de salud mental o dentales, en las que, si no recibe atención médica en setenta y dos (72) horas, en la opinión de un Proveedor de Atención Médica con conocimiento de la condición médica del Miembro, se expondría al Miembro a un dolor intenso que no podría manejarse de manera adecuada sin la atención o el tratamiento que sea el tema de la Decisión de Cobertura.

Cónyuge: La persona con la que está legalmente casado en conformidad con las leyes correspondientes.

Copago: Un monto de dólares específico que debe pagar al recibir un Servicio cubierto, como se menciona en “Copagos y Coseguro” en la sección de Resumen de Servicios y Costos Compartidos del Apéndice.

Coseguro: El porcentaje de Cargos Admisibles que debe pagar al recibir un Servicio cubierto según se menciona en “Copagos y Coseguro” en la sección de Resumen de Servicios y Costos Compartidos del Apéndice.

Costo Compartido: El monto del Cargo Admisible que debe pagar por los Servicios cubiertos por medio de Deducibles, Copagos o el Coseguro.

Cuidador: Una persona responsable principalmente de los cuidados cotidianos de un Miembro durante el período en el que el Miembro recibe Servicios de Cuidados Paliativos.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

D

Decisión Adversa: Una decisión de revisión de utilización tomada por el Plan de Salud, la cual determina que:

1. Un Servicio propuesto o prestado no es o no fue Necesario desde el Punto de Vista Médico, apropiado o eficiente, y
2. Es posible que no se cubra un Servicio de Atención para la Salud.

Una Decisión Adversa no incluye una decisión acerca del estado de inscripción como Miembro en conformidad con el Plan de Salud.

Decisión de Apelación: Una determinación final del Plan de Salud que surge de una Apelación presentada ante el Plan de Salud de acuerdo con su proceso de Apelación sobre una Decisión de Cobertura en relación con un Miembro.

Decisión de Cobertura: Una determinación inicial por parte del Plan de Salud o un representante del Plan de Salud de no cubrir un Servicio de Atención para la Salud. La Decisión de Cobertura incluye: una determinación del Plan de Salud de que una persona no es elegible para la cobertura según el plan de beneficios de salud del Plan de Salud; cualquier determinación del Plan de Salud que ocasiona la rescisión de la cobertura de una persona en conformidad con un plan de beneficios de salud; o no pagar una reclamación completa o cualquier parte de una reclamación. Una Decisión de Cobertura no incluye una Decisión Adversa.

Decisión sobre una Queja Formal: Una determinación final del Plan de Salud que surge de una Queja Formal presentada con nosotros en conformidad con nuestro proceso interno de quejas acerca de una Decisión Adversa en relación con el Miembro.

Dependiente: Un Miembro cuya relación con el Suscriptor es la base para la elegibilidad de la membresía y que cumple los requisitos de elegibilidad como Dependiente (para consultar los requisitos de elegibilidad de un Dependiente consulte *Elegibilidad para Este Plan en la Sección 1: Introducción a su Plan de Salud de Kaiser Permanente*).

E

Especialista No Médico: Un proveedor de atención médica que:

1. No es un médico;
2. Tiene licencia o certificación de conformidad con el Artículo de Profesiones Relacionadas con la Salud, y
3. Está certificado o capacitado para tratar o proporcionar Servicios de Atención para la Salud para una condición o enfermedad específica de una manera que se encuentra dentro del alcance de la licencia o certificación del Proveedor de Atención Médica.

Especialista: Un profesional de la salud certificado, incluidos médicos y no médicos, que esté capacitado para tratar o proporcionar Servicios de Atención para la Salud para una condición o enfermedad específica de una manera que se encuentra dentro del alcance de su licencia o certificación. Los médicos especialistas deberán ser elegibles para la junta o estar autorizados por el Colegio de Médicos.

Estabilizar: Proporcionar el tratamiento médico para la Condición Médica de Emergencia que sea necesario para asegurar, dentro de las probabilidades médicas razonables, que no se producirá un deterioro importante de la condición a causa del traslado (ni durante dicho traslado) de la persona desde el centro de atención. Con respecto a una persona embarazada que sufre de contracciones, cuando no es el momento adecuado para transferirla de forma segura a otro hospital antes del parto (o cuando el

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del niño por nacer), “Estabilizar” significa dar a luz (incluida la placenta).

F

Farmacia de la Red Participante: Cualquier farmacia con la que hayamos celebrado un acuerdo para brindar Servicios farmacéuticos a los Miembros.

Farmacia del Plan: Cualquier farmacia ubicada en el Centro Médico del Plan.

Fecha de Presentación: Cinco (5) días después de la fecha de envío por correo o la fecha en la que el Plan de Salud recibe la información que nos envía, lo que ocurra primero.

G

Gasto Permitido: Un servicio o gasto de atención para la salud, incluidos los Deducibles, el Coseguro o los Copagos, que cualquiera de los Planes que cubren al Miembro cubre en su totalidad o en parte. Esto significa que un gasto o un servicio de atención para la salud o una parte de un gasto o servicio de atención para la salud que no esté cubierto por ninguno de los Planes no es un Gasto Permitido. Por ejemplo, si un Miembro está confinado en una habitación de hospital privada, la diferencia entre el costo de una habitación semiprivada en el hospital y la habitación privada generalmente no es un Gasto Permitido. El Gasto Permitido no incluye la cobertura de atención dental, a excepción de lo previsto en *Servicios por Lesiones Dentales Accidentales* en la *Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones*.

Grupo Médico: The Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C.

Grupo: La entidad con la que hemos firmado el Acuerdo que incluye esta Evidencia de Cobertura.

H

Horario de Pago: Un listado de tarifas específicas de procedimientos desarrollado por el Plan de Salud, las cuales el Proveedor del Plan acuerda aceptar como pago total por los Servicios cubiertos prestados.

Hospital del Plan: Un hospital que:

1. Esté contratado para brindar Servicios para pacientes ambulatorios u hospitalizados a los Miembros, y
2. Esté incluido en su red de proveedores Signature.

K

Kaiser Permanente: Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc., Mid-Atlantic Permanente Medical Group, P.C. y Kaiser Foundation Hospitals.

M

Medicamentos Especializados: Un medicamento recetado que:

1. Fue recetado para una persona con una Condición Médica Crónica o Compleja, o una Condición Médica Poco Común;
2. Cuesta \$600 o más por un suministro de hasta 30 días;
3. Por lo regular, no se puede encontrar en farmacias minoristas, y
4. Requiere de un proceso difícil o inusual para poder entregarse al Miembro, ya sea en la preparación, el manejo, el almacenamiento, el inventario o la distribución del medicamento; o requiere de información, manejo o apoyo adicional para el paciente, más allá de lo requerido para el despacho tradicional, antes o después de administrar el medicamento.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Medicare: Un programa federal de seguro médico para personas de 65 años o más, algunas personas con discapacidades y con insuficiencia renal crónica en fase terminal (ESRD).

Médico del Plan: Cualquier médico certificado que sea empleado o trabaje para el Grupo Médico, o cualquier médico certificado (excepto los médicos contratados solo para brindar Servicios con referencia) quien:

1. Esté contratado para brindar Servicios y suministros a los Miembros, y
2. Esté incluido en su red de proveedores Signature.

Miembro de la Familia: Un pariente del Miembro con una enfermedad terminal relacionado por sangre, matrimonio, pareja de hecho o adopción.

Miembro: Una persona que es elegible y que está inscrita de acuerdo con esta EOC, y de quien hemos recibido las Primas aplicables. Esta EOC a veces se refiere a los Miembros como “usted” o “su”.

N

Necesario desde el Punto de Vista Médico: Necesario desde el Punto de Vista Médico significa que el Servicio abarca todo lo siguiente:

1. Es necesario desde el punto de vista médico para prevenir, diagnosticar o tratar la condición o los síntomas clínicos del Miembro;
2. Cumple con los estándares de la práctica médica generalmente aceptados;
3. No es solo para la conveniencia del Miembro, la familia del Miembro o del proveedor del Miembro, y
4. Representa el nivel de Servicio más adecuado que se le puede proporcionar al Miembro de forma segura. Para los fines de esta definición, “estándares de la práctica médica generalmente aceptados” significa:
 - a. Que los estándares están basados en evidencia científica fiable publicada en literatura médica revisada por pares y reconocida habitualmente por la comunidad médica correspondiente;
 - b. Recomendaciones de la sociedad de médicos especialistas;
 - c. La opinión de médicos que ejercen en el Kaiser Permanente Medical Care Program, o
 - d. Cualquier otro factor relevante que determinemos de forma razonable. A menos que la ley lo solicite, nosotros decidimos si un Servicio (descrito en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**) es Necesario desde el Punto de Vista Médico y nuestra decisión es final y definitiva, sujeta al derecho de apelación del Miembro, o para ir al tribunal, como se establece en la **Sección 5: Revisión, Apelaciones y Quejas Formales del Servicio de Atención para la Salud**.

P

Pareja Doméstica: Una persona en una relación con otra persona del mismo sexo o del sexo opuesto, si ambas personas:

1. Tienen al menos 18 años de edad;
2. No están emparentados entre sí por sangre o matrimonio dentro de cuatro (4) grados de consanguinidad de acuerdo con la norma de derecho civil;
3. No están casadas, en una unión civil o en una pareja de hecho con otra persona;

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

4. Han sido interdependientes financieramente durante al menos seis (6) meses consecutivos antes de la solicitud, y cada persona contribuye en cierta medida a la manutención y al sustento del otro con la intención de permanecer en la relación por tiempo indefinido, y
5. Comparten una residencia principal.

Período de Determinación de la Reclamación: Un año calendario. Sin embargo, no incluye ninguna parte de un año durante el cual una persona no tiene cobertura del Plan de Salud, o cualquier parte de un año antes de la fecha en la cual entra en vigor esta disposición de Coordinación de Beneficios (Coordination of Benefits, COB) o una disposición similar.

Plan de Salud: Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc. Esta EOC en ocasiones se refiere al Plan de Salud como “nosotros”.

Plan: (Solo para su uso en relación con las disposiciones de la Coordinación de Beneficios, las cuales se encuentran en la **Sección 4: Subrogación, Reducciones y Coordinación de Beneficios**): Cualquiera de los siguientes que proporcione beneficios o servicios para, o a causa de, atención médica o tratamiento: Seguro individual o grupal o cobertura de tipo grupal, ya sea asegurado o no asegurado. Esto incluye la cobertura de práctica prepagada de grupo o de práctica individual. El “Plan” no incluye una póliza por una enfermedad específica o póliza de cuidados intensivos suscrita y emitida individualmente, con renovación garantizada, que no proporcione beneficios de acuerdo con los gastos en los que se incurra. El “Plan” tampoco incluye los beneficios médicos considerados en una póliza de automóvil, incluidos los beneficios de protección para lesiones personales. “Plan” tampoco incluye:

1. Cobertura solo para accidentes;
2. Beneficios de cobertura de indemnización hospitalaria u otra cobertura de indemnización fija;
3. Cobertura para enfermedades o accidentes específicos;
4. Cobertura de salud de beneficios limitados, como lo estipula la ley estatal de Maryland;
5. Coberturas para accidentes escolares que cubren a los estudiantes solo en casos de accidentes, incluidas las lesiones deportivas, ya sea en una base de veinticuatro (24) horas o en una base de “hacia y desde la escuela”;
6. Beneficios prestados en pólizas de seguros a largo plazo para servicios no médicos; por ejemplo, cuidado personal, centros de cuidado diurno para adultos, servicios para las labores domésticas, ayuda con actividades de la vida diaria, servicio de relevo y atención de custodia, o para contratos que pagan un beneficio diario fijo sin importar los gastos incurridos o el recibo de los servicios;
7. Protección para lesiones personales en conformidad con una póliza de seguro de vehículos;
8. Pólizas de suplementos de Medicare;
9. Un plan estatal en conformidad con Medicaid, o
10. Un plan gubernamental, el cual, por ley, proporciona beneficios que exceden aquellos de cualquier plan de seguro privado u otro plan no gubernamental.

Plan: Kaiser Permanente.

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

Proveedor de Atención Médica: Una persona o un centro que cumpla con la definición del Artículo General de Salud, §19-132(g), del Código Comentado de Maryland.

Proveedor del Plan: Un Médico del Plan u otro proveedor de atención médica, incluidos, entre otros, un Especialista No Médico y un Centro del Plan que:

1. Sea empleado o sea operado por una entidad que participe en el Kaiser Permanente Medical Care Program; o
2. Tenga un contrato con una entidad que participe en el Kaiser Permanente Medical Care Program.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Q

Queja Formal: Una protesta que presenta un Miembro o su Representante Autorizado ante el Plan de Salud por medio de nuestro proceso interno de quejas acerca de una Decisión Adversa en relación con el Miembro. Una Queja formal no incluye una solicitud verbal de reconsideración de una determinación de una Revisión de utilización.

Queja: Una protesta que se presenta ante el Comisionado que involucra una Decisión de Cobertura o una Decisión Adversa, según se describe en esta sección.

R

Representante Autorizado: Una persona autorizada por el Miembro de forma escrita o autorizada por la ley estatal para actuar en representación del Miembro para presentar reclamaciones y enviar Apelaciones o Quejas Formales ante el Plan de Salud. Un Proveedor de Atención Médica (como se define a continuación) puede actuar en nombre de un Miembro con el consentimiento expreso del Miembro o sin el consentimiento en un Caso de Emergencia.

S

Servicio de Atención para la Salud: Un procedimiento o servicio de atención médica o para la salud prestado por un Proveedor de Atención Médica que:

1. Brinde exámenes, diagnóstico o tratamiento para una disfunción o enfermedad humana; o
2. Distribuya medicamentos, dispositivos médicos, equipos médicos o bienes médicos para el tratamiento de una enfermedad o disfunción humana; o
3. Proporcione cualquier otra atención, servicio o tratamiento para una enfermedad o lesión, la corrección de defectos o el mantenimiento del bienestar físico y mental de los humanos.

Servicio de Relevo: Atención temporal que se le proporciona al Miembro con enfermedad terminal para relevar al Cuidador del Miembro de los cuidados diarios del Miembro.

Servicios de Atención de Urgencia: Son servicios requeridos como resultado de una enfermedad o lesión repentina, la cual requiere atención inmediata, pero no son de emergencia.

Servicios de Cuidados Paliativos: Un programa coordinado e interdisciplinario de Servicios de Cuidados Paliativos para satisfacer las necesidades especiales físicas, psicológicas, espirituales y sociales de personas con enfermedades terminales y sus familias al brindarles Servicios médicos, de enfermería y otros servicios de salud paliativos y de apoyo, a través de atención para pacientes hospitalizados o a domicilio durante la enfermedad o el duelo para:

1. Personas que no tienen un prospecto razonable de cura según las estimaciones de un médico, y
2. Los Miembros de la Familia y los Cuidadores de esas personas.

Servicios de Emergencia: Con respecto a una Condición Médica de Emergencia, como se define anteriormente:

1. Un examen médico de detección (según lo exige la sección 1867 de la Ley del Seguro Social, 42 U.S.C. 1395dd) que se encuentra dentro de las capacidades del departamento de emergencias de un hospital, incluidos los servicios auxiliares disponibles normalmente en el departamento de emergencias para evaluar la Condición Médica de Emergencia, y
2. Aquel examen y tratamiento médicos adicionales, siempre y cuando se encuentren dentro de las capacidades del personal y de los centros de atención disponibles en el hospital, según se requiere conforme a la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd[e][3]).

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Servicios de Habilitación: Servicios y dispositivos, incluida la terapia ocupacional, la fisioterapia y la terapia del habla, que ayudan a un niño a mantener, aprender o mejorar las habilidades y el funcionamiento para la vida diaria.

Servicios: Servicios o artículos de Atención para la Salud.

Suscriptor: Un Miembro que es elegible para la membresía en su propio nombre y no en virtud del estado de Dependiente (a menos que la cobertura se proporcione bajo una disposición de continuación de cobertura) y que cumple con los requisitos de elegibilidad como Suscriptor. (Para conocer los requisitos de elegibilidad del Suscriptor, consulte *Elegibilidad para Este Plan* en la *Sección 1: Introducción a su Plan de Salud de Kaiser Permanente*).

T

Totalmente Discapacitado:

Para Hijos Dependientes: A juicio de un Médico del Grupo Médico, se debe a una lesión o enfermedad que haga que el niño no pueda participar sustancialmente en cualquiera de las actividades normales de los niños de la misma edad con buena salud.

Para los Suscriptores y Dependientes Adultos: A juicio de un Médico del Grupo Médico, una persona se considera totalmente discapacitada por motivo de una lesión o enfermedad si el Miembro no puede realizar todas y cada una de las tareas que atañen a su ocupación durante las primeras cincuenta y dos (52) semanas de la incapacidad. Después de las primeras cincuenta y dos (52) semanas, una persona se considera totalmente discapacitada si el Miembro no puede realizar todas y cada una de las tareas de cualquier actividad comercial u ocupación para las cuales el Miembro es razonablemente apto debido a su educación, capacitación y experiencia.

U

Unidad de Defensoría y Educación para la Salud: La Unidad de Defensoría y Educación para la Salud en la División de Protección al Consumidor de la Oficina del Procurador General.

Unidad Familiar: Un Suscriptor y todos sus Dependientes inscritos.

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Resumen de los Servicios y Costos Compartidos

Este resumen no describe los beneficios. Para la descripción de un beneficio, incluidas las limitaciones o exclusiones, consulte el encabezado idéntico en la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones**. **Nota:** También puede haber beneficios adicionales cubiertos de acuerdo con las Cláusulas adicionales anexas a esta EOC, los cuales siguen a este Resumen de Servicios y Costos Compartidos.

LÍMITE DE EDAD DEL DEPENDIENTE

Los hijos Dependientes elegibles tienen cobertura desde el nacimiento hasta los 26 años, según la definición de su Grupo y la aprobación del Plan de Salud.

COSTO COMPARTIDO DEL MIEMBRO

Su Costo Compartido es el monto del Cargo Admisible por un Servicio cubierto que debe pagar por medio de Copagos y Coseguros. El Costo Compartido, si lo hay, se enlista en cada Servicio en este “Resumen de Servicios y Costos Compartidos”. La definición de Cargo Admisible se encuentra en **Términos Importantes que Debe Conocer**.

Además de la Prima mensual, es posible que se requiera que pague un Costo Compartido para algunos Servicios. Usted es responsable del pago de todos los Costos Compartidos. Los Copagos deben pagarse en el momento en que usted recibe el Servicio. Se le facturará cualquier Coseguro que adeude. La falta de pago de sus Costos Compartidos podría resultar en la cancelación de su Membresía (consulte la **Sección 6: Cancelación de la Membresía**).

Copagos y Coseguro	
Servicio Cubierto	Usted Paga
Atención a Pacientes Ambulatorios	
Visitas al consultorio (en casos que no sean Servicios de atención preventiva para la salud)	
Visitas al consultorio de atención primaria	
Para adultos	\$15 por consulta
Para niños menores de 5 años	Sin cargo
Para niños de 5 años o más	\$15 por consulta
Visitas al consultorio de atención especializada	\$15 por consulta
Consultas y vacunas para viajes al extranjero	\$15 por consulta
Cirugía ambulatoria	
• Cargo del centro de atención para cirugía ambulatoria	Sin cargo
• Servicios del médico de cirugía ambulatoria	Sin cargo
Pruebas de diagnóstico (evaluaciones no preventivas) como se describe en Atención a Pacientes Ambulatorios en la Sección 3	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Anestesia	Sin cargo
Terapia respiratoria	\$15 por consulta
Servicios médico-sociales	\$15 por consulta
Consultas a domicilio	Sin cargo
Programa de consejería para dejar de fumar	Sin cargo
Atención para Pacientes Hospitalizados	Sin cargo
Todos los cargos incurridos durante una estancia cubierta como paciente interno en un hospital	

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Copagos y Coseguro	
Servicio Cubierto	Usted Paga
Servicios por Lesiones Dentales Accidentales	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Servicios para las Alergias Evaluaciones y tratamiento	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Consultas para inyecciones y suero	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes, con base en el lugar y el tipo de Servicio, y no deberán exceder el costo del suero más la administración
Servicios de Ambulancia Ambulancia (transporte de emergencia de parte de un Servicio de ambulancia certificado, por servicio)	Sin cargo
Ambulancias no asistenciales (Servicios de transporte que no es de emergencia solicitados por un Proveedor del Plan)	Sin cargo
Anestesia para Servicios Dentales Anestesia y Servicios ambulatorios u hospitalarios relacionados únicamente para ciertas personas	Sin cargo
Sangre, Productos Derivados de la Sangre y Su Administración.	Sin cargo
Servicios para la Farmacodependencia y de Salud Mental Tratamiento de enfermedades mentales, desórdenes emocionales, abuso de drogas y alcohol, como se describe en la Sección 3	
Tratamiento para pacientes internos en un hospital o un centro de tratamiento residencial	Sin cargo
Hospitalización parcial	\$15 por consulta
Visitas al consultorio para pacientes ambulatorios	
• Evaluación de diagnóstico	\$15 por consulta
• Terapia individual	\$15 por consulta
• Terapia grupal	\$7 por consulta
• Tratamiento intensivo para pacientes ambulatorios	\$15 por consulta
• Consultas para la evaluación y la administración de los medicamentos	\$15 por consulta
• Tratamiento con metadona	\$15 por semana
Todos los demás Servicios ambulatorios	
• Intervención en casos de crisis	\$15 por consulta
• Terapia electroconvulsiva (ECT)	\$15 por consulta
• Pruebas psicológicas y neuropsicológicas (para fines de diagnóstico)	\$15 por consulta

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Copagos y Coseguro	
Servicio Cubierto	Usted Paga
Labio Leporino, Paladar Hendido o Ambos	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Ensayos Clínicos	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Equipo, Suministros y Capacitación de Autocontrol para la Diabetes Nota: Los Copagos y Coseguros no aplican para las tiras reactivas para diabéticos.	
Tiras reactivas para diabéticos	Sin cargo
Equipos y suministros para la diabetes	Sin cargo
Capacitación para el autocontrol de la diabetes	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Díálisis	
Atención a pacientes hospitalizados	Se aplicarán los Costos Compartidos de paciente hospitalizado que correspondan
Atención a pacientes ambulatorios	\$15 por consulta
Medicamentos, Suministros y Suplementos Administrados por o bajo la supervisión de un Proveedor del Plan	Los Costos Compartidos correspondientes se aplicarán con base en el lugar y el tipo de Servicio
Equipo Médico Duradero Nota: El costo compartido de hospitalización correspondiente se aplicará al equipo proporcionado durante su estancia como paciente hospitalizado.	
Equipo Médico Duradero Básico	Sin cargo
Equipo Médico Duradero Adicional	
• Oxígeno y equipo	Sin cargo por los primeros 3 meses; 50% del AC* cada mes posterior
• Equipo para presión positiva continua en las vías respiratorias	Sin cargo
• Monitores de apnea (bebés menores de 3 años, sin exceder un período de 6 meses)	Sin cargo
• Equipo para el asma	Sin cargo
○ Medidores de flujo máximo	Sin cargo
• Bililuces (bebés menores de 3 años, sin exceder un período de 6 meses)	Sin cargo
Servicios de Emergencia	
Visitas a la Sala de Emergencias	\$50 por consulta; el Copago no se aplica en caso de ser admitido inmediatamente
• Dentro del Área de Servicio	

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Copagos y Coseguro	
Servicio Cubierto	Usted Paga
<ul style="list-style-type: none">Fuera del Área de Servicio	\$50 por consulta; el Copago no se aplica en caso de ser admitido inmediatamente
La transferencia a una cama de observación o el estado de observación no califica como una hospitalización y el Copago de su visita a la sala de emergencias sí se aplicará.	
Servicios de Planificación Familiar	
Los Servicios Preventivos para Mujeres, incluidos todos los métodos anticonceptivos, procedimientos de esterilización e información y asesoramiento para pacientes aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos para las mujeres con capacidad reproductiva, están cubiertos bajo la Atención Preventiva sin cargo.	
Visitas al consultorio	\$15 por consulta
Interrupción voluntaria del embarazo	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Esterilización masculina	Sin cargo
Servicios de Fertilidad	
Procedimientos y consultas estándares de preservación de la fertilidad para la infertilidad iatrogénica	\$15 por consulta
Todos los demás Servicios cubiertos	Se aplicará el Costo Compartido correspondiente con base en el lugar y el tipo de Servicio
Servicios de Habilitación	
Fisioterapia, terapia ocupacional y del habla	\$15 por consulta
Análisis del comportamiento aplicado (ABA)	\$15 por consulta
Dispositivos auxiliares	Se aplicará el costo compartido correspondiente por DME, Prótesis y Órtesis
Servicios para la Audición	
Pruebas de audición (las pruebas de audición para recién nacidos están cubiertas bajo los Servicios de atención preventiva para la salud sin cargo)	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Audífonos para niños hasta el final del mes en que cumplen 19 años	
<ul style="list-style-type: none">Pruebas de audífonos	Se aplicará el Costo Compartido por visita al consultorio que corresponda
<ul style="list-style-type: none">Audífonos (Limitado a un audífono por oído cada 36 meses)	Sin cargo
Atención Médica a Domicilio	Sin cargo
Servicios de Cuidados Paliativos	Sin cargo
Servicios para la Infertilidad	
Visitas al consultorio	50% del AC*
Atención para pacientes hospitalizados	50% del AC*

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Copagos y Coseguro

Servicio Cubierto	Usted Paga
Todos los demás Servicios para el tratamiento de la infertilidad	50% del AC*

Nota: La cobertura para la fertilización in vitro (IVF) se limita a tres intentos por nacimiento vivo, sin exceder un beneficio máximo de por vida de \$100,000.

Servicios de Maternidad

Parto y todos los Servicios para pacientes hospitalizadas	Sin cargo
Parto ambulatorio y todos los Servicios (es decir, centros de partos)	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Atención prenatal y primera consulta posnatal	Sin cargo
Consultas domiciliarias posparto	Sin cargo
Sacaleches	Sin cargo

Nota: Solo los Servicios de maternidad que solicite la Ley de Atención Asequible están cubiertos en los Servicios de Atención Preventiva sin cargo

Alimentos Médicos (incluida la Fórmula Elemental a base de Aminoácidos)	25% del AC*
--	-------------

Terapia y Asesoramiento Nutricional Médico	\$15 por consulta
---	-------------------

Servicios por Obesidad Mórbida	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
---------------------------------------	---

Cirugía Bucal	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
----------------------	---

Servicios de articulación temporomandibular (TMJ)	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
---	---

Dispositivos para la TMJ	Se aplicará el costo compartido por DME que corresponda
--------------------------	---

Servicios de Atención Preventiva para la Salud	Sin cargo
---	-----------

Aparatos Protésicos y Ortopédicos

Ortopédicos Externos

- Aparatos ortopédicos rígidos y semirrígidos (Se limita a aparatos estándares) Sin cargo
- Zapatos y plantillas terapéuticas (Se limita a personas que tienen enfermedad de pie diabético con sensación de deficiencia o circulación periférica alterada) Sin cargo

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Copagos y Coseguro	
Servicio Cubierto	Usted Paga
Protésicos Externos	
<ul style="list-style-type: none">Brazos, piernas u ojos artificiales	Sin cargo
Prótesis mamarias después de una mastectomía Necesaria desde el Punto de Vista Médico	Sin cargo
<ul style="list-style-type: none">Suministros para ostomía y urológicos	Sin cargo
<ul style="list-style-type: none">Prótesis capilares (Se limita a una prótesis por ciclo de quimioterapia o radioterapia, sin exceder un beneficio máximo de \$350 por prótesis).	Sin cargo
Protésicos Internos	Sin cargo
Cirugía Reconstructiva	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Atención en un Centro de Enfermería Especializada Se limita a un beneficio máximo de 100 días por contrato anual	Sin cargo
Servicios de Telemedicina	Sin cargo
Servicios de Terapia y Rehabilitación	
Servicios para pacientes hospitalizados	Se aplicarán los Costos Compartidos de paciente hospitalizado que correspondan
Servicios para pacientes ambulatorios	
<ul style="list-style-type: none">Fisioterapia; 30 consultas por contrato anual por lesión, incidente o condición	\$15 por consulta
<ul style="list-style-type: none">Terapia del habla; 30 consultas por contrato anual por lesión, incidente o condición	\$15 por consulta
<ul style="list-style-type: none">Terapia ocupacional, 30 consultas por contrato anual por lesión, incidente o condición	\$15 por consulta
<ul style="list-style-type: none">Rehabilitación cardíaca	\$15 por consulta
<ul style="list-style-type: none">Rehabilitación interdisciplinaria	\$15 por consulta
Nota: Todos los Servicios de rehabilitación interdisciplinaria que se reciban en un día en un programa de tratamiento diurno se considerarán como una consulta.	
Terapia: Radiación, Quimioterapia o Terapia de Infusión	
Quimioterapia y radioterapia	\$15 por consulta
Terapia de infusión intravenosa	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio
Trasplantes	Se aplicarán los Costos Compartidos correspondientes con base en el lugar y el tipo de Servicio

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Copagos y Coseguro

Servicio Cubierto	Usted Paga
Atención de Urgencia	
Visita al consultorio durante el horario normal de atención	Se aplicarán los Costos Compartidos por visita al consultorio que corresponda
Atención de Urgencia después del horario normal o Centro de Atención de Urgencia	\$15 por consulta
Servicios para la Vista	
Servicios para la Vista para Adultos (para personas mayores de 19 años)	
Exámenes de los ojos de rutina o refracciones: Servicios de optometría	\$15 por consulta
Cuidado de los ojos (tratamiento médico): Servicios de oftalmología	\$15 por consulta
Lentes para anteojos y armazones	Recibe un descuento de \$75 sobre el precio minorista** para lentes y armazones de anteojos, combinados, en lugar del descuento en lentes de contacto una vez por contrato anual.
Lentes de contacto	Recibe un descuento de \$25 sobre el precio minorista** en el par inicial de lentes de contacto, en lugar del descuento en anteojos, una vez por contrato anual.
Nota: Un niño puede elegir cualquier par de anteojos en lugar de o además de los anteojos o lentes de contacto disponibles sin cargo en conformidad con los Servicios Pediátricos para la Vista que se mencionan a continuación, y recibir el descuento en cualquier Centro de la Vista del Plan.	
Servicios Pediátricos para la Vista (para niños menores de 19 años)	
Nota: Un niño tendrá cobertura hasta el final del mes en el que cumpla 19 años.	
Exámenes de los ojos de rutina o refracciones: Servicios de optometría	\$15 por consulta
Cuidado de los ojos (tratamiento médico): Servicios de oftalmología	\$15 por consulta
Lentes para anteojos y armazones (Se limita a un par de lentes y armazones por año de un grupo seleccionado. Los lentes se limitan a monofocales o bifocales [ST28] en policarbonato o plástico. No están disponibles los anteojos si los lentes de contacto se sustituyen por estos).	Un par sin cargo por contrato anual

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Copagos y Coseguro	
Servicio Cubierto	Usted Paga
Lentes de contacto (Incluye la tarifa por ajuste y el suministro inicial [basado en el empaque estándar del tipo que se compró] de un grupo seleccionado. Los lentes de contacto regulares se pueden sustituir por lentes o armazones pediátricos una vez por contrato anual).	El ajuste inicial y la primera compra sin cargo por contrato anual
Lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico (Se limita a dos pares por ojo al año de un grupo seleccionado)	Sin cargo
Artículos para la visión disminuida (Ilimitados de un suministro disponible)	Sin cargo
Radiografías, Laboratorio y Procedimientos Especiales	
Imágenes diagnósticas, procedimientos especiales y pruebas de laboratorio	
Servicios para pacientes hospitalizados	Se aplicará el Costo Compartido de paciente hospitalizado que correspondan
Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo
• Imágenes diagnósticas	Sin cargo
• Análisis de laboratorio	Sin cargo
Imágenes diagnósticas especializadas (que incluye TC, MRI, TEP y estudios diagnósticos de medicina nuclear y radiología intervencionista) y procedimientos especiales	
Servicios para pacientes hospitalizados	Se aplicarán los Costos Compartidos de paciente hospitalizado que correspondan
Servicios para pacientes ambulatorios	Sin cargo
Laboratorio del sueño	Sin cargo
Estudios del sueño	\$15 por consulta
Nota: Los cargos de pruebas diagnósticas y de laboratorio cubiertas para pacientes ambulatorios que se realizan en el consultorio de un Médico del Plan están incluidos en el Copago por visita al consultorio.	

Kaiser Permanente

Acuerdo de Grupo Grande y Evidencia de Cobertura de Maryland

Gasto Máximo de Bolsillo

El Gasto Máximo de Bolsillo es el límite del monto total de los Copagos y del Coseguro que debe pagar en un contrato anual. Una vez que usted o su Unidad Familiar hayan alcanzado el Gasto Máximo de Bolsillo, no se le pedirá que pague ningún Costo Compartido adicional por los Servicios para el resto del contrato anual.

Gasto Máximo de Bolsillo de la Cobertura Individual Si está cubierto como Suscriptor y no tiene ningún Dependiente cubierto por el plan, sus gastos médicos aplican al Gasto Máximo de Bolsillo Individual que se muestra a continuación.

Gasto Máximo de Bolsillo de la Cobertura Familiar Si tiene uno o más Dependientes cubiertos de acuerdo con esta EOC, los gastos médicos cubiertos incurridos por todos los Miembros de la Unidad Familiar aplicarán al Gasto Máximo de Bolsillo Familiar que se muestra a continuación; sin embargo, los gastos médicos de un Miembro de la familia no pueden contribuir más que el Gasto Máximo de Bolsillo Individual que se muestra a continuación. Una vez que un miembro de la Unidad Familiar haya alcanzado el Gasto Máximo de Bolsillo Individual que se muestra a continuación, se completará su Gasto Máximo de Bolsillo por el resto del contrato anual. Los demás Miembros de la familia continuarán pagando los Costos Compartidos correspondientes hasta que se alcance el Gasto Máximo de Bolsillo Familiar. Una vez que todos los Miembros de la Unidad Familiar juntos hayan alcanzado el Gasto Máximo de Bolsillo Familiar, el Gasto Máximo de Bolsillo se completará para todos los Miembros de la Unidad Familiar por el resto del contrato anual.

Exclusiones del Gasto Máximo de Bolsillo:

Los siguientes Servicios no aplican a su Gasto Máximo de Bolsillo:

- Lentes y armazones para anteojos de adulto; lentes de contacto que solo están disponibles con un descuento;
- Servicios dentales para adultos, si están incluidos en la Cláusula para cobertura de cuidados médicos adicionales anexada a este plan;
- Exámenes de los ojos de rutina para adultos;
- Audífonos para adultos.

Guarde sus recibos. Cuando pague un Costo Compartido, le daremos un recibo. Guarde sus recibos. Si ya alcanzó su Gasto Máximo de Bolsillo y aún no hemos recibido ni procesado todas sus reclamaciones, puede usar sus recibos para comprobar que ya alcanzó su Gasto Máximo de Bolsillo. También puede obtener un informe de los montos que se han aplicado a su Gasto Máximo de Bolsillo de nuestro Departamento de Servicio a los Miembros.

Aviso del Gasto Máximo de Bolsillo También llevaremos registros exactos de sus gastos de bolsillo y le notificaremos cuando haya alcanzado el máximo. Le enviaremos un aviso por escrito que indique que ya se alcanzó el Gasto Máximo de Bolsillo en un plazo de 30 días después de haber recibido y procesado sus reclamaciones. Si ya excedió su Gasto Máximo de Bolsillo, le reembolsaremos de inmediato cualquier Copago o Coseguro que se le haya cobrado luego de que se alcanzara el máximo.

Gasto Máximo de Bolsillo Anual	
El total combinado de los Copagos y Coseguros permitidos	
Gasto Máximo de Bolsillo Individual	\$2,250 por persona por contrato anual
Gasto Máximo de Bolsillo Familiar	\$4,500 por Unidad Familiar por contrato anual

*La definición de Cargo Admisible (Allowable Charge, AC) se encuentra en *Términos Importantes que Debe Conocer*.

**“Precio minorista” significa el precio que se le cobraría por los lentes, armazones o lentes de contacto en un Centro de Cuidado de la Vista de Kaiser Permanente el día en que se hizo la compra.



Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
2101 E. Jefferson Street, Rockville, MD 20852
301-816-2424

CLÁUSULA PARA COBERTURA DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES AMBULATORIOS

EVIDENCIA DE COBERTURA DEL GRUPO

Esta Cláusula para Cobertura de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios (Cláusula) entra en vigor a partir de la fecha de su Acuerdo de Grupo y la Evidencia de Cobertura (EOC) de su Grupo y finalizará en la fecha de cancelación de su Acuerdo de Grupo y la EOC de su Grupo.

Los siguientes beneficios, limitaciones y exclusiones se agregan por medio del presente a la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones** de su EOC en consideración de la solicitud y del pago de la Prima adicional por dichos Servicios.

A. DEFINICIONES

Cargo Admisible: Tiene el mismo significado que se define en su EOC. Consulte *Términos Importantes que Debe Conocer*.

Compendio de Estándares de Referencia: Cualquier compendio autorizado que la Secretaría de Salud y Servicios Humanos federal o el Comisionado reconozcan periódicamente.

Condición Médica Crónica o Compleja: Una condición física, conductual o de desarrollo que: (1) puede no tener una cura conocida; (2) es progresiva; o (3) puede ser debilitante o letal si no se trata o no se trata debidamente. Entre las Condiciones Médicas Crónicas o Complejas se incluyen, entre otras: Esclerosis Múltiple, Hepatitis C y Artritis Reumatoide.

Condición Médica Poco Común: Una enfermedad o condición que afecta a menos de 200,000 personas en los Estados Unidos o aproximadamente a 1 de cada 1,500 personas en todo el mundo. Una Condición Médica Poco Común incluye, entre otras: Fibrosis Quística, Hemofilia y Mieloma Múltiple.

Copago de Medicamento Recetado (“Rx”): El monto en dólares específico que debe pagar por cada medicamento recetado o resurtido de medicamentos.

Coseguro de Medicamento Recetado (“Rx”): Un porcentaje del Cargo Admisible que debe pagar por cada medicamento recetado o resurtido de medicamentos.

Coseguro: Un porcentaje del Cargo Admisible que debe pagar por cada medicamento recetado o resurtido de medicamentos.

Costo Compartido: Tiene el mismo significado que se define en su EOC.

Farmacia de la Red Participante: Cualquier farmacia que haya celebrado un acuerdo con el Plan de Salud o el agente del Plan de Salud para brindar Servicios de farmacia a sus Miembros.

Farmacia del Plan: Una farmacia que pertenezca y sea administrada por el Plan de Salud.

FDA: La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos.

Lista de Medicamentos Preferidos: Una lista de medicamentos de venta con receta médica y medicamentos compuestos que tienen la aprobación del Comité de Farmacia y Terapéutica para nuestros Miembros. Nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica, que está integrado por Médicos del Plan y otros Proveedores del Plan, selecciona medicamentos de venta con receta médica para incluirlos en la Lista de Medicamentos Preferidos con base en una serie de factores, como la seguridad, la eficacia, entre otros,

según se determina mediante el estudio de las Publicaciones Médicas, del Compendio de Estándares de Referencia y de la investigación.

Mail Service Delivery Program: Un programa dirigido o administrado por el Plan de Salud que distribuye medicamentos recetados a los Miembros por medio del correo postal. Algunos medicamentos no son elegibles para el Mail Service Delivery Program. Estos pueden incluir, medicamentos que son sensibles al tiempo o a la temperatura, medicamentos que no pueden enviarse legalmente por el correo postal de EE. UU., medicamentos que necesitan observación o administración profesional, entre otros. El Mail Service Delivery Program puede hacer envíos a direcciones en Maryland, Virginia, Distrito de Columbia y ciertos lugares fuera del área de servicio.

Medicamento Anticonceptivo: Un medicamento o dispositivo aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) de los Estados Unidos para utilizarse como anticonceptivo con o sin receta médica.

Medicamento de Marca No Preferido: Un Medicamento de Marca que no se encuentra en la Lista de Medicamentos Preferidos.

Medicamento de Marca: Un medicamento de venta con receta médica que está patentado y que solo lo produce un fabricante.

Medicamento Genérico: Un medicamento de venta con receta médica que no lleva la marca comercial de un fabricante específico. Su composición química es igual a la de un medicamento de marca.

Medicamentos de Mantenimiento: Un medicamento cubierto que se prevé que se necesitará durante seis (6) meses o más para tratar una condición crónica.

Medicamentos de Marca Preferidos: Un Medicamento de Marca que se encuentra en la Lista de Medicamentos Preferidos.

Medicamentos de Quimioterapia para Cáncer: Un medicamento que receta un médico certificado para erradicar o ralentizar el grupo de células cancerígenas.

Medicamentos Especializados: Excepto los medicamentos recetados para tratar la diabetes, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), un medicamento de venta con receta médica que: (1) se le receta a una persona con una Condición Médica Crónica o Compleja, o una Condición Médica Poco Común; (2) cuesta \$600 o más por un suministro de hasta 30 días; (3) por lo regular no se puede encontrar en farmacias minoristas; y (4) requiere un proceso difícil o inusual de entrega al Miembro en la preparación, el manejo, el almacenamiento, el inventario o la distribución del medicamento; o requiere que el paciente reciba información, administración o apoyo adicional, más allá de lo requerido para la entrega tradicional, antes o después de la administración del medicamento.

Medicamentos para Dejar de Fumar: Los medicamentos de venta libre (Over-the-Counter, OTC) o de venta con receta médica aprobados por la FDA para tratar la dependencia al tabaco.

Publicaciones Médicas: Estudios científicos publicados en una revista médica profesional revisada por pares a nivel nacional.

Tamaño Estándar del Paquete del Fabricante: El volumen o la cantidad de un medicamento o fármaco que el fabricante o distribuidor de este coloca en un contenedor con la intención de distribuirlo en ese volumen o cantidad.

Terapia de Reemplazo de Nicotina: Un producto que:

- (a) Se utiliza para suministrar nicotina a una persona que intenta dejar de usar productos de tabaco;
- (b) Solo se puede obtener con una receta médica por escrito.

B. BENEFICIOS

A excepción de lo que se establezca en las secciones de Limitaciones y Exclusiones de esta Cláusula, cubrimos medicamentos según lo estipulado en esta Sección, de acuerdo con las pautas de nuestra Lista de Medicamentos Preferidos, cuando los receta un Médico del Plan, un Médico fuera del Plan con quien tenga una referencia aprobada, un Médico fuera del Plan que se consultó debido a una emergencia o para la atención de urgencia fuera del área, dentista o cualquier psiquiatra con licencia, sea o no un Médico del Plan. Cada resurtido de medicamentos está sujeto a las mismas condiciones que se siguieron para el medicamento recetado original. Los Proveedores del Plan recetan medicamentos de acuerdo con la Lista de Medicamentos Preferidos del Plan de Salud. Si el Cargo Admisible del medicamento es menor que el Copago del Medicamento Recetado, el Miembro pagará el monto que sea menor. Deberá obtener estos medicamentos en una Farmacia del Plan o en una Farmacia de la Red Participante. Es posible que pueda recibir medicamentos recetados y resurtidos a través de nuestro Mail Service Delivery Program. Solicite más información en una Farmacia del Plan.

Cubrimos lo siguiente:

1. Medicamentos aprobados por la FDA que, de conformidad con la ley, requieren receta médica.
2. Las preparaciones de compuestos que contengan al menos un ingrediente que requiera receta médica y que se mencione en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos.
3. Insulina.
4. Medicamentos aprobados por la FDA para su uso como anticonceptivos y diafragmas disponibles con receta médica o por venta libre sin receta. Para la cobertura de otros tipos de anticonceptivos, incluidas las inyecciones, los implantes y los dispositivos anticonceptivos, consulte ***Servicios de Planificación Familiar*** en la Sección 3.
5. Terapia de Reemplazo de Nicotina, incluida la Terapia de Reemplazo de Nicotina de venta libre cuando la receta un Proveedor del Plan, para hasta dos ciclos de tratamiento de 90 días por contrato anual.
6. Medicamentos para Dejar de Fumar aprobados por la FDA para el tratamiento de la dependencia al tabaco, incluidos los medicamentos para Dejar de Fumar de venta libre cuando los receta un Proveedor del Plan.
7. El uso no indicado de medicamentos cuando el medicamento sea reconocido en el Compendio de Estándares de Referencia o en alguna Publicación Médica, según corresponda, en el tratamiento de la afección diagnosticada.
8. Tratamiento de la hormona de crecimiento (Growth hormone therapy, GHT) para niños menores de 18 años con una deficiencia en la hormona de crecimiento.
9. Medicamentos no recetados cuando los indique un Proveedor del Plan que esté en la Lista de Medicamentos Preferidos, con la excepción de los anticonceptivos de venta libre, los cuales están disponibles sin receta y no requieren la autorización de un Proveedor del Plan.

El Comité de Farmacia y Terapéutica establece limitaciones de dispensación de acuerdo con las pautas terapéuticas basadas en la Literatura Médica y las investigaciones. El Comité también se reúne periódicamente para considerar agregar y eliminar medicamentos recetados y accesorios de la Lista de Medicamentos Preferidos.

Otorgaremos cobertura para medicamentos recetados o dispositivos que no estén en la Lista de Medicamentos Preferidos o si un medicamento recetado o dispositivo se elimina de dicha lista. Si un medicamento recetado o un dispositivo de la Lista de Medicamentos Preferidos se mueve a un nivel más alto, y deriva en un mayor costo compartido, conservaremos el mismo costo compartido recibido cuando el medicamento recetado o el dispositivo estaba disponible en un nivel inferior. Si se agrega o elimina un

medicamento o un accesorio de la Lista de Medicamentos Preferidos, se le enviará un aviso 30 días antes de la eliminación o el cambio hacia un mayor costo compartido.

Ciertos medicamentos recetados cubiertos para pacientes ambulatorios pueden estar sujetos a protocolos de administración de utilización, como autorización previa o terapia escalonada. La lista de medicamentos sujetos a protocolos de administración de utilización está disponible bajo pedido.

Si desea obtener información acerca de si un medicamento o accesorio en particular está incluido en la Lista de medicamentos preferidos, visite nuestro sitio web en www.kp.org/espanol, o llame al Centro de Llamadas de Servicio a los Miembros, de lunes a viernes, de 7:30 a. m. a 9 p. m., al 1-800-777-7902 o al 711 (TTY).

Dónde Comprar los Medicamentos Cubiertos

Excepto por los Servicios de Emergencia y los Servicios de Atención de Urgencias, debe obtener los medicamentos recetados en una Farmacia del Plan, una Farmacia de la Red Participante o a través del Mail Service Delivery Program del Plan de Salud, sujeto a los Costos Compartidos incluidos abajo en la sección de “Copago o Coseguro”. La mayoría de los medicamentos recetados que no necesitan refrigeración que se ordenan por medio del Mail Service Delivery Program del Plan de Salud se pueden entregar en domicilios ubicados en Maryland, Virginia y el Distrito de Columbia, y en ciertos lugares fuera del área de servicio.

Requisitos de Medicamentos Genéricos y Preferidos Medicamentos

Genéricos contra Medicamentos de Marca

Las Farmacias del Plan y las Farmacias de la Red Participante sustituirán un equivalente genérico para un Medicamento de Marca o dispositivo cuando se incluya un equivalente genérico en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos, a menos que se cumpla alguna de las siguientes condiciones:

1. Que el Proveedor del Plan haya recetado un Medicamento de Marca y haya indicado “despáchese como está escrito” (dispense as written, DAW) en la receta, o
2. El Medicamento de Marca o dispositivo está incluido en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos, o
3. No exista un medicamento o dispositivo genérico equivalente, o (a) que un medicamento o dispositivo equivalente (i) no haya sido eficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición del Miembro; o (ii) que haya causado o es probable que cause una reacción adversa o u otros daños al Miembro, o un medicamento anticonceptivo recetado o un dispositivo que es Necesario desde el Punto de Vista Médico para que el Miembro se adhiera al uso adecuado del medicamento recetado o dispositivo que no esté en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos que sea Necesario desde el Punto de Vista Médico para que el Miembro cumpla con el uso apropiado del medicamento o dispositivo recetado.

Si las condiciones anteriores en el punto n.º 3(a)(i) y (ii) se cumplen, y se recibe un Medicamento de Marca o un dispositivo a un alto Costo Compartido, conservaremos el mismo Costo Compartido que recibió cuando dicho Medicamento de Marca o dispositivo estaba disponible a un nivel más bajo.

Si un Miembro solicita un Medicamento de Marca con el que no se cumple ninguna de las condiciones anteriores, el Miembro será responsable del Cargo Admisible completo para dicho medicamento.

Medicamentos Preferidos contra Medicamentos No Preferidos

Las Farmacias del Plan y las Farmacias de la Red Participante despacharán Medicamentos Preferidos a menos que se cumplan los siguientes criterios: (1) no hay un medicamento equivalente en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos; (2) un medicamento Preferido equivalente (i) ha sido ineficaz para tratar la enfermedad o condición del Miembro; o (ii) ha causado o es probable que cause una reacción adversa u

otro daño al Miembro; o (3) un medicamento o dispositivo anticonceptivo recetado que no está en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos y que es Necesario Desde el Punto de Vista Médico para que el Miembro cumpla con el uso apropiado del medicamento o dispositivo recetado.

Si los criterios se cumplen, se aplicará el Costo Compartido del Medicamento No Preferido que corresponda. Si un Miembro solicita un medicamento No Preferido y no se cumplen los criterios, el Miembro será responsable del Cargo Admisible completo.

Otorgaremos cobertura para medicamentos recetados o dispositivos que no estén en la Lista de Medicamentos Preferidos o si un medicamento recetado o dispositivo se elimina de dicha lista. Si un medicamento recetado o un dispositivo de la Lista de Medicamentos Preferidos se mueve a un nivel más alto, y deriva en un mayor costo compartido, conservaremos el mismo costo compartido recibido cuando el medicamento recetado o el dispositivo estaba disponible en un nivel inferior. Si se agrega o elimina un medicamento o un accesorio de la Lista de Medicamentos Preferidos, se le enviará un aviso 30 días antes de la eliminación o el cambio hacia un mayor costo compartido.

Limitaciones de Surtidos

Excepto por los Medicamentos de Mantenimiento o los Medicamentos Anticonceptivos, como se describe abajo, los Miembros pueden obtener un suministro hasta por 30 días y se les cobrará el Copago de prescripción o Coseguro de prescripción que corresponda con base en: (a) el lugar de la compra, (b) la dosis recetada, (c) el Tamaño Estándar del Paquete del Fabricante, y (d) los límites de surtido específicos.

Los Miembros pueden obtener resurtidos anticipados de productos oftálmicos tópicos al llegar al 70% de los días previstos de uso o antes si lo autoriza un Médico del Plan.

Los medicamentos que tienen una vida útil corta pueden requerir surtirse en cantidades más pequeñas para garantizar que se mantenga la calidad. Dichos medicamentos se limitarán a un suministro de 30 días. Si un medicamento se surte en varias cantidades más pequeñas (por ejemplo, suministros para 10 días), se le cobrará al Miembro solo un Costo Compartido en el surtido inicial por cada suministro de 30 días.

Excepto por los Medicamentos de Mantenimiento y los Anticonceptivos como se describe a continuación, los medicamentos inyectables que se administran por sí mismos y se surten en la farmacia están limitados a un suministro de 30 días.

Si un medicamento cubierto por este beneficio cumple el criterio de Medicamento Especializado, conforme a la sección §15-847 del Artículo de Seguro o es un medicamento para tratar la diabetes, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), según lo descrito en la sección §15-847 del Artículo de Seguro, entonces el costo del medicamento para el Miembro no superará los \$150 para un suministro de 30 días.

Para los Medicamentos Anticonceptivos recetados, los Miembros pueden obtener suministros de hasta 12 meses en una sola vez.

Los miembros pueden obtener un suministro parcial de un medicamento recetado y se les cobrará un copago o coseguro diario prorrateado, si se cumplen las siguientes condiciones:

- el médico o farmacéutico que prescribe determina que surtir un suministro parcial de un medicamento recetado es lo mejor para el Miembro;
- se anticipa que el medicamento recetado se requiera por más de tres (3) meses;
- el Miembro solicita o acepta un suministro parcial con el fin de sincronizar el surtido de los medicamentos recetados del Miembro;
- el medicamento recetado no es una sustancia peligrosa controlada de la Lista II, y

- el suministro y el surtido del medicamento recetado cumplen todos los requisitos de autorización previa y gestión de utilización específicos del medicamento recetado en el momento del surtido sincronizado. (Consulte Aceptación de la Autorización Previa para los Servicios en la Sección 2 de la EOC).

Limitaciones de Surtido de Medicamentos de Mantenimiento

Los Miembros pueden obtener un suministro de hasta 90 días de Medicamentos de Mantenimiento con una sola receta, cuando lo autorice el médico que receta, un dentista o un médico de referencia. Esto no se aplica a la primera receta o cambio en una receta. El suministro diario se basa en (a) la dosis recetada, (b) el Tamaño Estándar del Paquete del Fabricante, y (c) los límites específicos de surtido.

C. MEDICAMENTOS RECETADOS CUBIERTOS FUERA DEL ÁREA DE SERVICIO; CÓMO OBTENER UN REEMBOLSO

El Plan de Salud cubre medicamentos comprados en Farmacias que no pertenecen al Plan si estos se recetaron durante el transcurso de una consulta de atención de emergencia o una consulta de atención de urgencia (consulte Servicios de Emergencia y Servicios de Atención de Urgencia en la Sección 3 de la EOC), o están relacionados con una referencia cubierta y autorizada dentro o fuera del Área de Servicio del Plan de Salud. Para obtener un reembolso, el Miembro deberá enviar al Plan de Salud una copia de los recibos detallados de los medicamentos recetados. Es posible que solicitemos evidencia de que se otorgaron Servicios de atención de emergencia o urgencia. El reembolso se realizará al Cargo Admisible menos el Copago de prescripción o Coseguro de prescripción correspondiente. Las reclamaciones se deben enviar a:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attention: Claims Department
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998

D. LIMITACIONES

Los beneficios están sujetos a las siguientes limitaciones:

1. En el caso de los medicamentos recetados por dentistas, la cobertura se limita a antibióticos y medicamentos para aliviar el dolor que estén incluidos en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos y que se compren en una Farmacia del Plan o en una Farmacia de la Red Participante, a menos que se cumplan los requisitos para recibir cobertura de Medicamentos de Marca No Preferida de la Sección B. Medicamentos Preferidos contra Medicamentos No Preferidos.
2. En caso de emergencia civil o escasez de uno o más medicamentos recetados, podríamos limitar la disponibilidad previa consulta con el Departamento de Manejo de Emergencias del Plan de Salud o con nuestro Comité de Farmacia y Terapéutica. Si se limita, se aplicará el Costo Compartido correspondiente por receta. Sin embargo, el Miembro podrá presentar una reclamación por la diferencia que haya entre el Costo Compartido de una receta completa y el Costo Compartido proporcional de la cantidad efectivamente recibida. Si un Miembro recibe un suministro parcial de los medicamentos recetados de acuerdo con la sección de Limitaciones de Surtido, esos medicamentos estarán sujetos a un costo compartido prorrateado, como se describe en dicha sección.

Se pueden encontrar instrucciones para presentar una reclamación en la Sección 5 de la EOC a la que está anexada esta Cláusula adicional. Las reclamaciones se deben enviar a:

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc.
Attention: Claims Department
P.O. Box 371860
Denver, CO 80237-9998

3. Si un Miembro alcanza el límite de beneficio de \$100,000 para fertilización in vitro, de acuerdo con la Sección 3 de la EOC, ya no se cubrirán los medicamentos del tratamiento de fertilización in vitro conforme a esta Cláusula para ese Miembro.

E. EXCLUSIONES

Los siguientes no tienen cobertura de acuerdo con la Cláusula de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios (Tome en cuenta que algunos Servicios excluidos a continuación pueden estar cubiertos por otros beneficios según la EOC de su Grupo. Consulte el beneficio correspondiente para determinar si los medicamentos están cubiertos):

1. Medicamentos que por ley no requieren de receta médica, excepto por los medicamentos no recetados que prescriba un Proveedor del Plan que estén en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos y anticonceptivos de venta libre, los cuales están disponibles sin receta y no requieren la autorización de un Proveedor del Plan o cuando la FDA aprueba el medicamento para el tratamiento por dependencia al tabaco.
2. Preparaciones compuestas que no contengan al menos un ingrediente que requiera receta médica o que solo contenga ingredientes que no estén cubiertos.
3. Medicamentos obtenidos en una Farmacia fuera del Plan o Fuera de la Red, excepto cuando el medicamento se receta durante una consulta de atención de emergencia o de urgencia en la que se prestan Servicios cubiertos o asociados con una referencia autorizada cubierta fuera del Área de Servicio.
4. Los medicamentos para llevar a casa recibidos en un hospital, un centro de enfermería especializada u otro centro similar. Consulte Atención para Pacientes Hospitalizados y Atención en un Centro de Enfermería Especializada en la Sección 3.
5. Los medicamentos que se consideran experimentales o de investigación. Consulte Ensayos Clínicos en la Sección 3.
6. Un medicamento (a) que puede obtenerse sin receta (excepto los anticonceptivos de venta libre), o (b) para el que haya un medicamento que no requiera receta que sea el equivalente químico idéntico (es decir, el mismo ingrediente activo y la misma dosis) de un medicamento recetado. No se excluirá el punto b si, a juicio de una persona que receta autorizada: (1) no hay un medicamento recetado o dispositivo equivalente en la Lista de Medicamentos Cubiertos de la entidad; (2) un medicamento recetado o dispositivo equivalente incluido en la Lista de Medicamentos Cubiertos: (i) no ha sido eficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición del Miembro; o (ii) ha causado o es probable que cause una reacción adversa u otro daño al Miembro, o (3) un medicamento anticonceptivo recetado o un aparato que no esté en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos que sea Necesario Desde el Punto de Vista Médico para que el Miembro cumpla con el uso apropiado del medicamento o dispositivo recetado.
7. Los medicamentos que por ley el Miembro no está obligado a pagar o que no se cobren.
8. Sangre o productos derivados de la sangre. Consulte *Sangre, Productos Derivados de la Sangre y su Administración* en la Sección 3.

9. Los medicamentos o preparaciones dermatológicas, ungüentos, lociones y cremas recetados con fines cosméticos, incluidos los medicamentos que se usan para retardar o revertir los efectos del envejecimiento de la piel o para el tratamiento de hongos en las uñas o la caída del cabello.
10. Alimentos médicos. Consulte *Alimentos Médicos* en la Sección 3.
11. Los medicamentos para paliar y manejar una enfermedad terminal si son proporcionados por una agencia de cuidados paliativos autorizada a un Miembro que participe en nuestro programa de cuidados paliativos. Consulte *Servicios de Cuidados Paliativos* en la Sección 3.
12. Reemplazo de recetas necesarios por daño, robo o pérdida.
13. Medicamentos recetados y los accesorios que son necesarios para los Servicios que están excluidos conforme a su EOC.
14. El embalaje especial (por ejemplo, envases tipo blíster, dosis unitarias o de unidad de uso) que sea diferente al embalaje estándar del Plan de Salud para los medicamentos recetados.
15. Las formulaciones o los métodos de entrega alternativos que sean: (1) diferentes a la formulación o al método de entrega estándar del Plan de Salud para los medicamentos recetados y que (2) no se consideren Necesarios desde el Punto de Vista Médico.
16. El equipo médico duradero, los aparatos protésicos u ortopédicos y sus suministros, incluidos: medidores de flujo máximo, nebulizadores y espaciadores; y suministros para ostomía y urología. Consulte *Equipo Médico Duradero y Aparatos Protésicos y Ortopédicos* en la Sección 3.
17. Los medicamentos y dispositivos proporcionados durante una estancia cubierta en un hospital o un Centro de Enfermería Especializada, o que requieran la administración o la observación por parte del personal médico y que sean proporcionados en un consultorio médico o durante las visitas en el hogar. Esto incluye el equipo y los suministros asociados con la administración de un medicamento. Consulte *Medicamentos, Suministros y Suplementos y Atención Médica a Domicilio* en la Sección 3.
18. Vendaje o apósitos. Consulte *Medicamentos, Suministros y Suplementos y Atención Médica a Domicilio* en la Sección 3.
19. Equipos y suministros para la diabetes, excepto insulina. Consulte *Capacitación sobre el Equipo, los Suministros y el Autocontrol para la Diabetes* en la Sección 3.
20. Terapia de la hormona de crecimiento (GHT) para el tratamiento de adultos de 18 años o más.
21. Las inmunizaciones y vacunas que son necesarias únicamente para viajar. Consulte *Atención a Pacientes Ambulatorios* en la Sección 3.
22. Cualquier medicamento recetado que sea equivalente de forma terapéutica a un medicamento de venta sin receta, luego de que el Comité de Farmacia y Terapéutica lo revise y lo determine, a menos que, a juicio de la persona que receta autorizada: (1) no hay un medicamento recetado o dispositivo equivalente en la Lista de Medicamentos Cubiertos de la entidad; (2) un medicamento recetado o dispositivo equivalente incluido en la Lista de Medicamentos Cubiertos: (i) no ha sido eficaz en el tratamiento de la enfermedad o condición del Miembro; o (ii) ha causado o es probable que cause una reacción adversa u otro daño al Miembro, o (3) un medicamento anticonceptivo recetado o un dispositivo que no esté en nuestra Lista de Medicamentos Preferidos que sea Necesario desde el Punto de Vista Médico para que el Miembro cumpla con el uso apropiado del medicamento o dispositivo recetado.

Si las condiciones anteriores en los puntos n.º 1, n.º 2(i) y n.º 2(ii) se cumplen, y se recibe un Medicamento de Marca o un dispositivo a un alto Costo Compartido, conservaremos el mismo Costo Compartido que recibió cuando dicho medicamento o dispositivo estaba disponible a un nivel más bajo.

23. Medicamentos para el tratamiento de trastornos relacionados con la disfunción sexual, como la disfunción eréctil.

F. COPAGOS Y COSEGUROS

Los medicamentos cubiertos se otorgan de acuerdo con el Copago de prescripción y el Coseguro de prescripción establecidos a continuación:

Los montos de pago para las Farmacias del Plan también aplican para el Mail Service Delivery Program del Plan de Salud.

Suministro para 30 días	Farmacia del Plan	Farmacia del Plan de Entrega por Correo	Farmacia de la Red Participante (Al por Menor o Envío por Correo)
Medicamentos Genéricos	\$7	\$7	\$10
Medicamentos de Marca Preferidos	\$15	\$15	\$20
Medicamentos de Marca no Preferidos	\$30	\$30	\$35
Medicamentos Especializados	Consulte el Costo Compartido de Medicamentos de Marca y Genéricos correspondiente antes mencionado	Consulte el Costo Compartido de Medicamentos de Marca y Genéricos correspondiente antes mencionado	Consulte el Costo Compartido de Medicamentos de Marca y Genéricos correspondiente antes mencionado

	Farmacia del Plan y Farmacia de la Red Participante	Entrega por Correo
Suministro para 90 días de Medicamentos de Mantenimiento	2 Copagos de medicamentos recetados mostrados anteriormente	2 Copagos de medicamentos recetados mostrados anteriormente

Medicamentos para el control del peso por 50% del Cargo Admisible.

Medicamentos para el tratamiento de la infertilidad por 50% del Cargo Admisible.

Medicamentos de terapia de reemplazo de nicotina sin cargo.

Medicamentos de Quimioterapia contra Cáncer administrados vía oral sin cargo.

Medicamentos Anticonceptivos (disponibles con receta o sin receta) y medicamentos de atención preventiva que se solicite sean cubiertos por la Ley de Atención Asequible (ACA) sin Costo Compartido, incluidos los medicamentos de venta sin receta cuando los receta un Proveedor del Plan, y se obtienen en una Farmacia del Plan, una Farmacia de la Red Participante o a través del Mail Service Delivery Program

están cubiertos sin cargo. Esto incluye los medicamentos para la Terapia de Reemplazo de Nicotina y para Dejar de Fumar. Visite los siguientes sitios web para encontrar una lista de estos medicamentos:

https://healthy.kaiserpermanente.org/static/health/en-us/pdfs/nat/400100917_National-Preventive-Services-Care_MER_EW_2019_Flr_R3D_ATC_rl_LoRes_ADA.pdf (en inglés)

<http://www.hhs.gov/healthcare/facts/factsheets/2010/07/preventive-services-list.html> (en inglés)

Si el Costo Compartido del medicamento recetado es mayor que el Cargo Admisible para el medicamento recetado, el Miembro solo será responsable del Cargo Admisible del medicamento de recetado.

G. DEDUCIBLE


Los beneficios establecidos en esta Cláusula no están sujetos al Deducible establecido en el Resumen de Servicios y Costos Compartidos en la EOC a la que esta Cláusula está anexada.

H. GASTO MÁXIMO DE BOLSILLO

Los Costos Compartidos establecidos en esta Cláusula aplican hacia el Gasto Máximo de Bolsillo establecido en el *Resumen de Servicios y Costos Compartidos* en su EOC a la que esta Cláusula está anexada.

Esta Cláusula de Medicamentos Recetados para Pacientes Ambulatorios está sujeta a los términos y condiciones del Acuerdo de Grupo y la Evidencia de Cobertura del Grupo a la que esta Cláusula está anexada. Esta Cláusula no cambia ninguno de esos términos y condiciones, a menos que se mencione específicamente en esta Cláusula.

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC.

Por: 

Mark Ruszczyk

Vicepresidente de Mercadotecnia, Ventas y Desarrollo de Negocios

Cláusula para la Cobertura de Servicios para la Audición

Evidencia de Cobertura de Grupo

Esta Cláusula para Servicios para la Audición (en lo sucesivo “Cláusula”) entra en vigor a partir de la fecha de su Acuerdo Grupal y la Evidencia de Cobertura Grupal, y deberá finalizar en la fecha en la que su Acuerdo de Grupo y su EOC del Grupo terminen.

Los siguientes beneficios, las limitaciones y las exclusiones se agregan por el presente a la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones** de la Evidencia de Cobertura del Grupo (referido en el presente como la EOC del Grupo), en consideración de la solicitud y el pago de las Primas adicionales por dichos Servicios.

Definiciones

Asignación del Beneficio de Audífono: El pago máximo del Plan de Salud hacia el costo de un Audífono cubierto.

Audífono: Un dispositivo electrónico que una persona lleva puesto con el fin de amplificar los sonidos y ayudar en el proceso fisiológico de audición que incluye un molde para oreja, si es necesario.

Cargo Admisible (AC): Como se define en su Evidencia de Cobertura del Grupo.

Beneficios

Cubrimos lo siguiente:

- Audífonos Necesarios desde el Punto de Vista Médico para adultos. (El beneficio descrito en esta Cláusula es adicional al beneficio de Audífono descrito en la EOC del Grupo).
- Evaluaciones y procedimientos de diagnóstico de Audífonos con Proveedores del Plan para determinar el modelo de Audífono que compense mejor la pérdida de la audición.
- Consultas para comprobar que los Audífonos corresponden con la receta médica.
- Consultas para la adaptación, el asesoramiento, el ajuste, la limpieza y la inspección.

Limitaciones

- Su Asignación del Beneficio de Audífono es de \$1,000 por Audífono.
- La cobertura es por un Audífono para cada oído con deficiencia auditiva cada 36 meses. Su cubren dos Audífonos cada 36 meses solo si se requiere de ambos para otorgar una mejoría significativa que no se podría obtener con un solo Audífono, según lo determine Kaiser Permanente o su médico o audiólogo designado por Kaiser Permanente.
- La Asignación del Beneficio de Audífono deberá utilizarse en el punto inicial de la venta para cada Audífono. Cualquier parte de la Asignación del Beneficio de Audífono que no se gaste en el punto inicial de la venta no se podrá utilizar más adelante.
- El tipo de Audífono se limita a modelos que otorgue Kaiser Permanente o el vendedor de Audífonos designado por Kaiser Permanente.
- Podrá usar la Asignación del Beneficio de Audífono para una mejora del Audífono. Sin embargo, debe pagar la diferencia entre la Asignación del Beneficio de Audífono y el costo de la mejora del mismo.

Exclusiones

- Reemplazo de partes y baterías.
- Reemplazo de Audífonos que se hayan perdido o que estén rotos.
- Reparación de Audífonos después de un año.
- Equipos o funciones de comodidad, conveniencia o lujo.
- Audífonos que se recetaron y ordenaron antes de la cobertura o después de la cancelación de la cobertura.

Su Costo Compartido

Usted paga el siguiente Copago o Coseguro por cada Servicio:

Audífonos:

- No paga nada siempre y cuando el costo de su Audifono no exceda su Asignación del Beneficio de Audifono. Usted paga cualquier cargo que sobrepase la Asignación del Beneficio de Audifono.

Exámenes de Audición:

- Usted paga el Copago de su Visita al Consultorio o el monto de Coseguro que indique su EOC de Grupo.

Pruebas de Audífonos, Ajustes y Atención de Seguimiento:

- Usted paga el Copago de su Visita al Consultorio o el monto de Coseguro que indique su EOC de Grupo.

Esta Cláusula de Servicios de Audición está sujeta a los términos y condiciones de la Evidencia de Cobertura del Grupo a la que se anexa esta Cláusula. Esta Cláusula no cambia ninguno de esos términos y condiciones, a menos que se mencione específicamente en esta Cláusula.

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC.

Por:



Mark Ruszczyk

Vicepresidente de Mercadotecnia, Ventas y Desarrollo de Negocios

Cláusula para Cobertura de Servicios de Medicina Alternativa Complementaria

Evidencia de Cobertura de Grupo

Esta Cláusula de Servicios de Medicina Alternativa y Complementaria (en lo sucesivo “Cláusula”) entra en vigor a partir de la fecha de su Acuerdo de Grupo y la Evidencia de Cobertura del Grupo, y deberá finalizar en la fecha en la que su Acuerdo del Grupo y su EOC del Grupo terminen.

Los siguientes beneficios, las limitaciones y las exclusiones se agregan por el presente a la **Sección 3: Beneficios, Exclusiones y Limitaciones** de la Evidencia de Cobertura del Grupo (referida en el presente como la EOC del Grupo), en consideración de la solicitud del Grupo y el pago de las Primas adicionales por dichos Servicios conforme a esta Cláusula.

Definiciones

Cargo Admisible (AC): Como se define en su Evidencia de Cobertura del Grupo.

Beneficios

Cubrimos Servicios de Acupuntura para el manejo del dolor crónico o manejo de enfermedades crónicas para los Miembros cuando se consideren Necesarios desde el Punto de Vista Médico y los prescriba un Proveedor del Plan, como se indica en "Cómo Obtener una Referencia" en la Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita.

Cubrimos Servicios de Quiropráctica de acuerdo con los lineamientos de cobertura del Plan de Salud si es un Miembro en la fecha en la que recibe los Servicios o bajo las condiciones indicadas en la disposición “Extensión de Beneficios”, en la **Sección 6: Cancelación de la Membresía**. Debe recibir los Servicios de parte de un Proveedor del Plan, como se indica en “Cómo Obtener una Referencia”, en la **Sección 2: Cómo Obtener la Atención que Necesita**.

Limitaciones

El Proveedor del Plan determinará la cantidad de consultas necesarias para que el Miembro alcance el nivel máximo de recuperación. El Miembro recibirá 20 consultas por contrato anual para los Servicios quiroprácticos. El Miembro recibirá 20 consultas por contrato anual para los Servicios de acupuntura.

Exclusiones

- Servicios que el Miembro solicite que no se consideren Necesarios desde el Punto de Vista Médico (como se define en la EOC del Grupo a la que se anexa esta Cláusula) por Servicios de Acupuntura brindados por el Proveedor del Plan
- Cualquier Servicio que el Proveedor del Plan no ofrezca o para los que no se obtenga una referencia.

Su Costo Compartido

Los Servicios cubiertos en esta Cláusula para Servicios de Acupuntura aplican hacia el Gasto Máximo de Bolsillo mostrado en el Resumen de Servicios y Costos Compartidos en la EOC del Grupo.

Los Servicios cubiertos en esta Cláusula para la Cobertura de Servicios de Quiropráctica aplican hacia el Gasto Máximo de Bolsillo mostrado en el **Resumen de Servicios y Costos Compartidos** en la EOC del Grupo. Usted paga el siguiente Costo Compartido por cada consulta.

- Usted paga \$15 por consulta

Esta Cláusula está sujeta a los términos y condiciones del Acuerdo de grupo y la Evidencia de Cobertura de Grupo a la que se anexa esta Cláusula. Esta Cláusula no cambia ninguno de esos términos y condiciones, a menos que se mencione específicamente en esta Cláusula.

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN OF THE MID-ATLANTIC STATES, INC.



Por:

Mark Ruszczyk

Vicepresidente de Mercadotecnia, Ventas y Desarrollo de Negocios

