

Cómo pagar la atención



Su plan con deducible funciona de una manera un poco diferente al tradicional HMO plan. Sin embargo, usted obtiene la misma atención de calidad y comodidad que espera de Kaiser Permanente.

Con su plan, pagará los costos totales de los servicios cubiertos hasta que alcance su deducible. Entonces comenzará a pagar menos: un copago o un coseguro.* Los pasos en este folleto muestran lo que pasa antes, durante y después de cada consulta para que pueda evitar sorpresas y así tener un mejor entendimiento y administración de sus costos de atención médica.

1

Antes de su consulta

Obtenga un cálculo de costos

2

Durante su consulta

Sepa qué esperar

3

Después de su consulta

Administre sus facturas y costos

Puede obtener un cálculo de sus costos en cualquier momento en kp.org/costestimates (en inglés). Consulte los detalles en la página siguiente. ➔

*Según su plan, es posible que pague copagos o coseguro por algunos servicios sin tener que alcanzar el deducible.

1

Antes de su consulta

Obtenga un cálculo de costos



Utilice nuestra herramienta en línea de cálculos

Visite kp.org/costestimates (en inglés) para obtener un cálculo de lo que pagará por muchos servicios comunes. Los cálculos se basan en los beneficios de su plan y en si ya alcanzó el deducible, así que obtendrá información personalizada en todo momento.



Llámenos para obtener un cálculo

Si no puede obtener el cálculo del costo de un servicio en línea, llame al **1-800-390-3507**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m.

2

Durante su visita

Sepa qué esperar



Hará un pago cuando se registre para la consulta

Cuando acuda para recibir atención, se le pedirá que haga un pago por los servicios que tiene programados. Su pago podría cubrir solo una parte de lo que deba por su consulta, sobre todo si recibe servicios adicionales. En ese caso recibirá una factura más adelante por el monto que le falte pagar.



Recibirá una factura por los servicios adicionales

Durante su consulta, su médico puede decidir que también requiere servicios que no habían sido programados, como un análisis de sangre o rayos X. Cuando vaya al laboratorio o al Departamento de Radiología, hará un pago por esos servicios. Si lo que paga no cubre todo lo que debe, recibirá una factura más adelante.

Costos de la atención no preventiva

Los servicios de atención preventiva son una buena manera de detectar problemas de salud a tiempo. Por ese motivo, están cubiertos sin costo o con un copago.* Sin embargo, a veces, cuando acuda para recibir atención preventiva, también recibirá servicios no preventivos. Por ejemplo, es posible que su médico extirpe un lunar durante un examen físico de rutina para analizarlo. Como extirpar y analizar el lunar se considera atención no preventiva, más adelante recibirá una factura por esos servicios adicionales.

*Dependiendo de su plan, los servicios de atención preventiva están cubiertos sin ningún costo o con un copago. Para obtener más información, consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)*.

3

Después de su consulta Administre sus facturas y costos



Cómo entender sus facturas

Recibirá una factura después de la mayoría de sus consultas que le mostrará todos los cargos por los servicios que recibió, lo que usted pagó, lo que su plan de salud pagó y lo que usted debe. Según la atención que reciba, es posible que reciba una factura del médico, una factura del hospital o ambas. Si se registró para recibir facturas electrónicas, recibirá una notificación por correo electrónico en lugar de una factura en papel.



Cómo pagar su factura

Tiene varias opciones prácticas:

- **En línea o en su dispositivo móvil:** Puede revisar su historial de facturación, hacer pagos y administrar los métodos de pago en línea en kp.org/paymedicalbills (haga clic en "Español") o al usar la aplicación de Kaiser Permanente.
- **Por correo:** Envíe su pago en el sobre de respuesta que venía con su factura.
- **Por teléfono:** Llámenos al **1-800-390-3507**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m.



Cómo llevar un seguimiento de sus gastos

También puede verificar sus costos y ver qué tan cerca está de alcanzar su deducible y su desembolso máximo. Una vez que haya alcanzado su deducible, usted pagará un copago o coseguro por los servicios cubiertos en lugar de los cargos totales. Si alcanza su desembolso máximo, no tendrá que pagar los servicios cubiertos el resto del año.*

- **Revise su EOB (Explanation of Benefits, Explicación de Beneficios):** Recibirá una EOB de sus registros, la cual no es una factura, sino un resumen que muestra los servicios que recibió, su costo y el monto que su plan de salud pagó. Úsela para llevar un seguimiento de sus gastos, su deducible y su desembolso máximo. Para consultar sus EOB en línea, visite kp.org/mydocuments (haga clic en "Español").
- **Visite kp.org/costestimates (en inglés):** Es una manera rápida y fácil de revisar su progreso para alcanzar su deducible y desembolso máximo.
- **Lleve un seguimiento de sus costos en línea, en cualquier momento:** Inicie sesión en kp.org/espanol y vaya a "My Coverage (Mi cobertura) y Costs (Costos)" para ver su resumen de reclamaciones. Enumera los cargos por los servicios que recibió.

*Según su plan, para algunos servicios, es posible que tenga que seguir pagando copagos o coseguro después de alcanzar el desembolso máximo.

Recursos adicionales



¿Cuenta con HRA, HSA o FSA?

Puede utilizar el dinero de su HRA (Health Reimbursement Arrangement, acuerdo de reembolso de gastos médicos), HSA (Health Savings Account, cuenta de ahorros de salud) o FSA (Flexible Spending Account, cuenta de gastos flexibles) para pagar la atención.* Simplemente utilice la tarjeta de débito de su cuenta, si tiene una, cuando se registre para su consulta o cuando pague una factura más adelante. Asegúrese de guardar todos los recibos, las facturas y la EOB en caso de que necesite documentar sus gastos después.



¿Tiene alguna pregunta o necesita ayuda para pagar la atención?

Si tiene alguna pregunta sobre sus costos o facturas, llame al **1-800-390-3507**, de lunes a viernes, de 7 a. m. a 5 p. m. También puede obtener información sobre la asistencia financiera y las opciones de pago para los miembros que necesitan ayuda para pagar la atención.

Para obtener información sobre su plan o los beneficios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** o al **711** (línea TTY), las 24 horas del día, los 7 días de la semana (cerrada los días festivos).

Términos importantes

Estos son algunos términos que le ayudarán a entender su plan. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* para conocer los detalles de su plan, incluida la fecha en la que se reiniciarán el deducible y el desembolso máximo.

Deducible: El monto que paga cada año por los servicios cubiertos antes de que Kaiser Permanente empiece a pagar. Según su plan, es posible que pague copagos o coseguro por algunos servicios sin tener que alcanzar el deducible.

Copago: El monto fijo que paga por servicios cubiertos: por ejemplo, un copago de \$10 por una visita al consultorio.

Coseguro: Un porcentaje de los cargos que paga por los servicios cubiertos. Por ejemplo, si tiene un coseguro del 20% para un procedimiento de \$200, pagará \$40.

Desembolso máximo: El monto máximo que pagará cada año por los servicios cubiertos. Para algunos cuantos servicios, es posible que tenga que seguir pagando copagos o coseguro después de alcanzar el desembolso máximo.²

¹ Puede usar su HRA, HSA o FSA para pagar los gastos médicos calificados que se definen en la Sección 213(d) del Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code), en la Publicación 502 del IRS (Internal Revenue Service, Servicio de Impuestos Internos), *Medical and Dental Expenses* (Gastos médicos y dentales), disponible en irs.gov/publications (haga clic en "Español"). Su empleador podría limitar los fondos de la HRA que se pueden usar para gastos médicos que califiquen.

² En el caso de los planes que califican para una HSA, una vez que alcance su desembolso máximo, no tendrá que pagar los servicios cubiertos el resto del año.

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros (Member Service Contact Center) brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Además, puede solicitar los materiales del plan de salud traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Una queja incluye una queja formal o una apelación. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros (Member Services) para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, MediCal, MRMIP (Major Risk Medical Insurance Program, Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores), MediCal Access, FEHBP (Federal Employees Health Benefits Program, Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales) o CalPERS ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía*)
- enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía*)
- llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U. S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.