

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

Beneficio fuera del área para dependientes



Con el beneficio fuera del área para dependientes, Kaiser Permanente proporciona cobertura específica para hijos dependientes menores de 26 años que residan fuera del área de servicio.¹

¿Quiénes pueden aprovechar el beneficio fuera del área para dependientes?

Kaiser Permanente proporciona cobertura específica para los hijos dependientes menores de 26 años que residan fuera de nuestra área de servicio.

¿Es necesario que inscriba a mis hijos dependientes para que reciban este beneficio?

No. Ya no pedimos que los suscriptores llenen requisitos de elegibilidad ni tampoco se aplicará un límite en el monto de los servicios.²

¿Aún se cubre la atención de emergencia y de urgencia?

La atención de emergencia y de urgencia no forma parte del beneficio fuera del área para dependientes. Si cree razonablemente que tiene una condición médica de emergencia, es decir, un problema médico o trastorno psiquiátrico que requiera atención médica inmediata para evitar poner en grave riesgo su salud, llame al **911** o acuda al Departamento de Emergencias más cercano. Para conocer la definición completa de condición médica de emergencia, consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*.

¿Cómo se hace el pago?

Hay 2 opciones de pago para los servicios que reciba con el beneficio fuera del área para hijos dependientes:

- El proveedor de atención médica puede facturarle directamente a Kaiser Permanente, y no es necesario enviar ningún reclamo.
- Puede pagar con dinero de su bolsillo y enviar un formulario de reembolso de reclamos para que le devuelvan el dinero. Puede encontrar este formulario en [kp.org/disclosures](#) (haga clic en "Español").

Los pagos de estos servicios se cuentan para el gasto máximo de bolsillo del plan.

¹ El beneficio fuera del área para dependientes no está disponible para los miembros inscritos en planes de punto de servicio (*Point-of-Service, POS*), planes de organización de proveedores preferidos (*Preferred Provider Organization, PPO*), planes Standard de Oregón, planes Cascade de Washington, planes Senior Advantage ni planes Conversion de Washington emitidos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest. Para los miembros inscritos en planes KP Plus, los beneficios fuera del área para dependientes se aplican primero hasta que se alcancen los límites de beneficios. Los beneficios fuera de la red de KP Plus se aplican en último lugar. Consulte su *Evidencia de Cobertura* para conocer más detalles del plan.

² El dependiente debe estar inscrito como hijo dependiente en el plan del suscriptor y será elegible para este beneficio como miembro inscrito.



Información de contacto de Servicio al Cliente:

Oregón y Washington

1-800-813-2000

711 (TTY)

1-800-324-8010

(apoyo de intérpretes para citas y consejos)

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m., (hora del Pacífico).

¿Cómo presento un reclamo por los servicios?

Si recibe servicios de un proveedor o un centro de atención no participantes sin una referencia autorizada y considera que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest debería cubrir los servicios, debe llenar un formulario de reclamo médico y enviarlo junto con la factura detallada a la siguiente dirección:

Kaiser Permanente
National Claims Administration — Northwest
P.O. Box 370050
Denver, CO 80237-9998

Puede solicitar un formulario de reclamo a Servicio a los Miembros o descargarlo desde kp.org/espanol. Cuando envíe el reclamo, incluya una copia de su historia clínica del proveedor o el centro de atención no participantes, si la tiene.

¿De qué proveedores puedo recibir atención?

Cubrimos ciertos servicios médicamente necesarios que los dependientes reciban de proveedores no participantes dentro de los Estados Unidos.

¿Qué pasa si mi dependiente vive fuera de la región de Kaiser Permanente Northwest, pero en otra región de Kaiser Permanente? ¿Cómo se inscribe como miembro visitante? ¿Aún corresponde el beneficio fuera del área para dependientes?

El hijo dependiente debe estar viviendo fuera del área de servicio de Kaiser Permanente. Los hijos dependientes que vivan en otra área de servicio de Kaiser Foundation Health Plan deben inscribirse como miembros visitantes y pueden usar su beneficio como tal. Tendrá que comunicarse con la línea de atención para viajeros, al **951-268-3900**, y obtener un número de historia clínica para usar en esa área de servicio.¹ Si quiere obtener más información, visite kp.org/viajero.

¿Qué servicios cubre este beneficio?

Cubriremos algunos servicios, según se describe a continuación, para hijos dependientes que residan fuera de nuestra área de servicio, pero dentro de los Estados Unidos (a los efectos de este beneficio, esto se refiere a los 50 estados, el Distrito de Columbia y los territorios de EE. UU.).

Planes para grupos pequeños (50 empleados o menos) y planes individuales

Pagará el 20 %² del costo que efectivamente se cobre por el servicio. Se incluye una asignación de 10 visitas al consultorio (incluida la fisioterapia), 10 radiografías de diagnóstico (excepto exámenes especializados) y pruebas de laboratorio, y 10 surtidos de medicamentos por año. Se aplica al gasto máximo de bolsillo.

- 10 visitas al consultorio: se incluyen las consultas de atención preventiva, atención primaria, naturopatía, atención especializada, servicios de salud mental y para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios, inyecciones para las alergias y fisioterapia para pacientes ambulatorios.
- 10 radiografías de diagnóstico y pruebas de laboratorio: se cubren las pruebas de laboratorio y las radiografías de diagnóstico, pero no se incluyen los exámenes especializados.
- 10 surtidos de medicamentos por año: puede surtir medicamentos 10 veces en suministros de hasta 90 días.

Planes para grupos grandes (51 empleados o más)

Pagará el 20 %² del costo que efectivamente se cobre por el servicio. Se incluye una asignación de 10 visitas al consultorio (incluida la fisioterapia), 10 radiografías de diagnóstico (excepto exámenes especializados) y pruebas de laboratorio, y 10 surtidos de medicamentos por año. Se aplica al gasto máximo de bolsillo.

- 10 visitas al consultorio: se incluyen las consultas de atención preventiva, atención primaria, naturopatía, atención especializada, servicios de salud mental y para trastornos por uso de sustancias para pacientes ambulatorios, inyecciones para las alergias y fisioterapia para pacientes ambulatorios.
- 10 radiografías de diagnóstico y pruebas de laboratorio: se cubren las pruebas de laboratorio y las radiografías de diagnóstico, pero no se incluyen los exámenes especializados.
- 10 surtidos de medicamentos por año: puede surtir medicamentos 10 veces en suministros de hasta 90 días.

¹ Puede marcar este número dentro y fuera de los Estados Unidos. Antes del número de teléfono, marque "001" para teléfonos fijos y "+1" para teléfonos celulares si está fuera del país. Es posible que se apliquen cargos de larga distancia y no podemos aceptar llamadas por cobrar. La línea telefónica no está disponible durante los días festivos principales (Año Nuevo, Domingo de Pascua, Día de los Caídos, Día de la Independencia, Día del Trabajo, Día de Acción de Gracias y Navidad). Cierra temprano el día anterior a un día festivo a las 10 p. m. (hora del Pacífico) y vuelve a estar disponible el día posterior al día festivo a las 4 a. m. (hora del Pacífico).

² El costo compartido está sujeto al deducible en los planes de salud con deducible alto que admiten una cuenta de ahorros para gastos médicos (*health savings account*, HSA). Una vez alcanzado el deducible, el costo compartido es del 0 % en el Bronze HSA 7100 Plan. El Bronze HSA 7100 Plan solo corresponde a planes de grupo para pequeñas empresas y a planes individuales y familiares (KPIF).