

# 2022 Guía del Miembro



[kernfamilyhealthcare.com](http://kernfamilyhealthcare.com)



**800-391-2000**

---

# Otros idiomas y formatos

## Otros idiomas

Puede obtener esta Guía del miembro y otros materiales del plan en otros idiomas sin costo. Llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). La llamada no tiene costo. Lea esta Guía del miembro para obtener más información sobre los servicios de asistencia lingüística para la atención médica, como los servicios de interpretación y traducción.

## Otros formatos

Puede obtener esta información en otros formatos, como braille, letra grande con fuente de 20 puntos, cintas de audio y formatos electrónicos accesibles sin costo para usted. Llame a Servicios para Miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). La llamada no tiene costo.

## Servicios de intérprete

Kern Family Health Care presta servicios de interpretación oral y escrita por un intérprete calificado, las 24 horas del día, sin costo para usted. Usted no tiene que usar a un familiar o a un amigo como intérprete. No recomendamos que los menores trabajen como intérpretes, a menos que sea una emergencia. Los servicios de interpretación, lingüísticos y culturales están disponibles sin costo para usted. La ayuda está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para obtener ayuda con el idioma o para obtener esta guía en un idioma diferente, llame a Servicios para miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). La llamada no tiene costo.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-800-391-2000 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-391-2000 (TTY: 711). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-391-2000 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-391-2000 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

Ուշադրություն: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-391-2000 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-800-391-2000 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

**ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)**

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-391-2000 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-391-2000 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-391-2000 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-391-2000 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-800-391-2000 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-800-391-2000 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-391-2000 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-391-2000 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।



**Nge Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-391-2000 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-391-2000 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-391-2000 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-800-391-2000 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

**한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-391-2000 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-391-2000 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-391-2000 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ແລະ ຜູ້ມີຄວາມພິການທາງຕາ ແລະ ມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-391-2000 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-391-2000 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hlou mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-391-2000 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-391-2000 (TTY: 711). ਅਪਾਰਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-391-2000 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-391-2000 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-391-2000 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-800-391-2000 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-800-391-2000 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-391-2000 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-391-2000 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

### **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-391-2000 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-391-2000 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-391-2000 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-391-2000 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

### **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-391-2000 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-391-2000 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

---

# ¡Bienvenido a Kern Family Health Care!

Gracias por unirse a Kern Family Health Care (KFHC). KFHC es un plan médico para las personas que tienen Medi-Cal. KFHC trabaja con el Estado de California y le ayuda a obtener la atención médica que usted necesita.

## Guía del miembro

En esta Guía del miembro se le informa de la cobertura que le da KFHC. Léala cuidadosamente y por completo. Lo ayudará a entender y a usar sus beneficios y servicios. También se le explica sus derechos y responsabilidades como miembro de KFHC. Si tiene necesidades médicas especiales, asegúrese de leer todas las secciones que corresponden para usted.

A esta Guía del miembro también se la llama Evidencia de cobertura (EOC) y formulario de revelación combinados. Es un resumen de las normas y políticas de KFHC y está basada en el contrato entre KFHC y el Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS). Para obtener más información, llame a Servicios para miembros de KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) para pedir una copia del contrato entre KFHC y DHCS. También puede pedir otra copia de la Guía del miembro sin costo para usted o visitar el sitio web de KFHC en <https://www.kernfamilyhealthcare.com/members/member-resources/member-handbook> para consultar la Guía del miembro. También puede pedir, sin costo, una copia de las políticas y procedimientos clínicos y administrativos sin derecho de propiedad de KFHC, o preguntar cómo obtener acceso a esta información en el sitio web de KFHC.

## Comuníquese con nosotros

KFHC está aquí para ayudarlo. Si tiene alguna pregunta, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). KFHC está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo.

También puede visitar el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com) en cualquier momento.

Gracias,  
Kern Family Health Care  
2900 Buck Owens Boulevard, Bakersfield, CA 93308



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

# Índice

<b>Otros idiomas y formatos .....</b>	<b>1-4</b>
Otros idiomas .....	1
Otros formatos.....	1
Servicios de intérprete .....	1
<b>¡Bienvenidos a Kern Family Health Care!.....</b>	<b>5</b>
Guía del Miembro.....	5
Comuníquese con nosotros .....	5
<b>Índice.....</b>	<b>6-7</b>
<b>1. Guía de inicio para el miembro .....</b>	<b>8-10</b>
Cómo obtener ayuda.....	8
Quién puede convertirse en miembro .....	8
Tarjetas de identificación .....	9
<b>2. Sobre su plan médico .....</b>	<b>11-18</b>
Resumen del plan médico.....	11
Cómo funciona su plan.....	12
Cómo cambiar de planes médicos .....	12
Estudiantes universitarios que se mudan a un condado nuevo o fuera de California .....	13
Continuidad de la atención médica .....	14
Costos .....	16
<b>3. Cómo obtener atención médica .....</b>	<b>19-38</b>
Cómo recibir servicios de atención médica.....	19
Proveedor de atención primaria (PCP) .....	20
Red de proveedores.....	22
Citas .....	28
Llegar a su cita .....	28
Cancelación y reprogramación.....	28
Pago .....	29
Referencias .....	30
Aprobación previa (autorización previa).....	31
Segundas opiniones.....	32
Atención médica confidencial.....	33
Atención de urgencia.....	35
Atención de emergencia.....	35
Línea de consejos de enfermería.....	37



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).  
 KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O  
 llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

---

Instrucciones anticipadas .....	37
Donación de órganos y tejidos .....	37
<b>4. Beneficios y servicios.....</b>	<b>39-63</b>
Lo que su plan médico cubre .....	39
Beneficios de Medi-Cal cubiertos por KFHC.....	42
Otros programas y beneficios cubiertos por KFHC.....	56
Otros programas y servicios de Medi-Cal .....	58
Servicios que no puede obtener a través de KFHC o Medi-Cal .....	63
<b>5. Salud general para niños y jóvenes .....</b>	<b>64-68</b>
Servicios pediátricos (niños menores de 21 años) .....	64
Chequeos médicos del niño sano y atención preventiva .....	64
Análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo .....	66
Ayuda para obtener servicios de salud general para niños y jóvenes .....	66
Otros servicios que puede recibir a través del programa de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal .....	66
<b>6. Cómo informar y solucionar problemas .....</b>	<b>69-76</b>
Quejas.....	70
Apelaciones.....	71
Lo que debe hacer si no está de acuerdo con la decisión sobre una apelación .....	72
Quejas y Revisiones Médicas Independientes (IMR) con el Departamento de Atención Médica Administrada.....	73
Audiencias estatales .....	74
Fraude, despilfarro y abuso .....	75
<b>7. Derechos y responsabilidades .....</b>	<b>77-86</b>
Sus derechos .....	77
Sus responsabilidades .....	78
Aviso de no discriminación.....	78
Maneras para participar como miembro.....	80
Aviso de prácticas de privacidad.....	81
Aviso sobre leyes .....	85
Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otra cobertura médica y recuperación de agravios.....	85
Aviso sobre la recuperación de patrimonio .....	86
Aviso de acción .....	86
<b>8. Números y palabras importantes que debe conocer.....</b>	<b>87-97</b>
Números de teléfonos importantes .....	87
Palabras que debe conocer.....	87

---



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



# 1. Guía de inicio para el miembro

## Cómo obtener ayuda

KFHC quiere que usted esté contento con su atención médica. Si tiene alguna pregunta o preocupación sobre su atención médica, ¡KFHC quiere saber de usted!

## Servicios para miembros

Servicios para miembros de KFHC está aquí para ayudarle. Servicios para miembros puede:

- Responder sus preguntas sobre su plan médico y servicios cubiertos.
- Ayudarle a elegir un proveedor de atención primaria (PCP) o a cambiar de proveedor de atención primaria (PCP).
- Indicarle en dónde puede obtener la atención médica que necesite.
- Ayudarle a obtener servicios de intérprete si no habla inglés.
- Ayudarle a obtener información en otros idiomas y formatos.
- Ayudarle a registrarse en su cuenta del Portal para miembros.
- Ayudarle con las preguntas del Portal para miembros.

Si necesita ayuda, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). KFHC está disponible de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. Servicios para miembros de KFHC debe asegurarse de que usted espere menos de 10 minutos cuando llame.


También puede visitar el sitio web <http://www.kernfamilyhealthcare.com> en cualquier momento.

## Quién puede convertirse en miembro

Usted califica para recibir los beneficios de KFHC porque califica para recibir los beneficios de Medi-Cal y vive en el condado de Kern. Si tiene preguntas sobre su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con su administrador de casos en el Departamento de Servicios Humanos del condado de Kern llamando al (661) 631-6000. También puede calificar para recibir los beneficios de Medi-Cal a través del Seguro Social, porque recibe SSI/SSP. Comuníquese con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213 para obtener más información.

Si tiene preguntas sobre la inscripción, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711). O visite el sitio web <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>.

---

 Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711). KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Transitional Medi-Cal

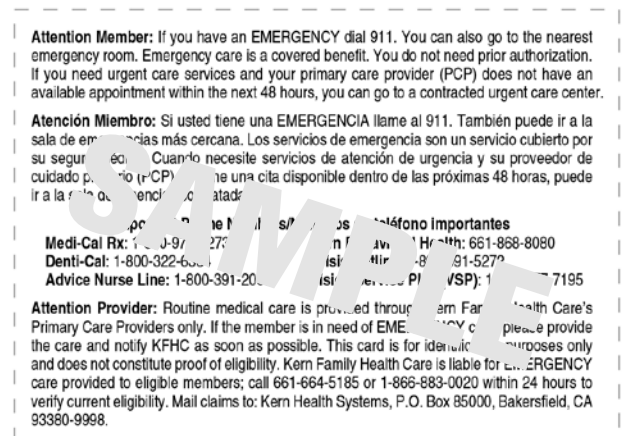
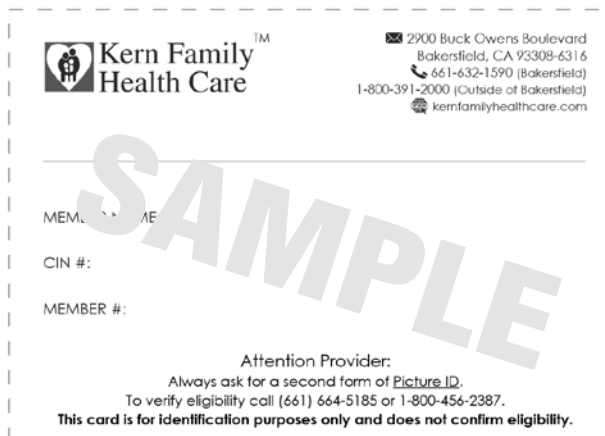
Al programa Transitional Medi-Cal también se le llama “Medi-Cal para personas trabajadoras”. Usted puede recibir los beneficios de Transitional Medi-Cal si deja de recibir los beneficios de Medi-Cal, porque:

- Usted comenzó a ganar más dinero.
- Su familia comenzó a recibir más dinero por manutención de menores o apoyo conyugal.

Puede hacer preguntas sobre cómo calificar para recibir los beneficios de Transitional Medi-Cal en la oficina local de Salud y Servicios Humanos del condado (encuentre su oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>) o puede llamar a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

## Tarjetas de identificación

Como miembro de KFHC, usted recibirá una tarjeta de identificación de KFHC. Cuando reciba servicios de atención médica o recetas, deberá mostrar su tarjeta de identificación de KFHC y su tarjeta de identificación de beneficios (Benefits Identification Card, BIC) de Medi-Cal, que le envió el estado de California. Siempre debe llevar con usted las tarjetas médicas. Aquí hay ejemplos de las tarjetas de identificación de BIC y KFHC para mostrarle cómo se verá la suya:



KFHC le enviará por correo su tarjeta de identificación de KFHC a su dirección que tenemos en archivo. Con su tarjeta de identificación de KFHC, se incluirá una Evaluación de Riesgos Médicos (HRA) con un sobre de devolución franqueado. Los miembros nuevos deben completar la HRA y devolverla lo antes posible.

Si no recibe su tarjeta de identificación de KFHC dentro de unas pocas semanas después de inscribirse, o si su tarjeta se daña, se pierde o se la roban, llame de inmediato a Servicios para miembros. KFHC le enviará una tarjeta nueva gratis. Llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## 2. Sobre su plan médico

### Resumen del plan médico

KFHC es un plan médico para las personas que tienen Medi-Cal en estos condados: condado de Kern. KFHC trabaja con el Estado de California y le ayuda a obtener la atención médica que usted necesita.

Puede hablar con uno de los representantes de Servicios para miembros de KFHC para conocer más sobre el plan médico y cómo hacer que funcione para usted. Llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

### Cuándo comienza y finaliza su cobertura

Cuando se inscriba en KFHC, usted recibirá una tarjeta de identificación dentro de las dos semanas posteriores a la fecha de inscripción. Debe mostrar su tarjeta de identificación de KFHC y su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) cuando reciba cualquier servicio de atención médica o receta.

Debe renovar su cobertura de Medi-Cal cada año. Si la oficina de su condado local no puede renovar su cobertura de Medi-Cal usando fuentes electrónicas, el condado le enviará un formulario de renovación de Medi-Cal. Complete este formulario y envíelo a la agencia de servicios humanos de su condado. Puede devolver su información en línea, en persona o por teléfono u otro medio electrónico que esté disponible en su condado.

Usted puede pedir que se suspenda su cobertura de KFHC y elegir otro plan médico en cualquier momento. Para obtener ayuda para elegir un plan nuevo, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711). O visite el sitio web <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>. También puede pedir que finalice su Medi-Cal.

KFHC es un plan médico para los miembros de Medi-Cal en el condado de Kern. Encuentre su oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.

La elegibilidad para recibir los beneficios de KFHC puede finalizar si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

- Usted se muda fuera del condado de Kern
- Usted está en la cárcel o en la prisión
- Usted ya no tiene Medi-Cal
- Si usted es elegible para participar en un programa de exención que le exige estar inscrito en FFS de Medi-Cal

Si pierde su cobertura de Medi-Cal de KFHC, aún puede ser elegible para la cobertura de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal. Si no está seguro de que todavía tiene cobertura de



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

KFHC, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

## **Consideraciones especiales para los indios americanos en la atención médica administrada**

Los indios americanos tienen el derecho de no inscribirse en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal o pueden dejar su plan de atención administrada de Medi-Cal y regresar a pago por servicio (FFS) de Medi-Cal en cualquier momento y por cualquier motivo.

Si usted es un indígena americano, tiene el derecho de recibir servicios de atención médica en un centro proveedor de atención médica indígena (IHCP). También puede permanecer inscrito o cancelar la inscripción en KFHC mientras recibe servicios de atención médica de estos lugares. Para obtener información sobre la inscripción y la cancelación de inscripción, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

## **Cómo funciona su plan**

KFHC es un plan de atención médica administrada con contrato de DHCS. KFHC trabaja con médicos, hospitales y otros proveedores de atención médica en el área de servicio de KFHC para darle atención médica a usted, el miembro. Mientras sea miembro de KFHC, puede ser elegible para recibir algunos servicios adicionales mediante FFS de Medi-Cal. Estos incluyen medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, medicamentos sin receta y algunos suministros médicos mediante de FFS Medi-Cal Rx.

Servicios para miembros le dirá cómo funciona KFHC, cómo obtener la atención que necesita, cómo programar citas con el proveedor dentro de los tiempos de acceso estándar, cómo solicitar los servicios de interpretación sin costo, cómo crear una cuenta en el Portal para miembros, cómo obtener recompensas para miembros y cómo saber si califica para acceder a los servicios de transporte.

Para obtener más información, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede encontrar en línea información de los Servicios para miembros en <http://www.kernfamilyhealthcare.com> y en su cuenta del Portal para miembros.

## **Cómo cambiar de planes médicos**

En cualquier momento puede dejar KFHC y unirse a otro plan médico en su condado de residencia. Llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711) para elegir un nuevo plan. Puede llamar de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m. O visite el sitio web <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/>.

Toma hasta 30 días procesar su petición para dejar KFHC e inscribirse en otro plan en su



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

condado si no hay problemas con su petición. Para saber cuál es el estado de su solicitud, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

Si quiere dejar KFHC antes, puede pedirle a Health Care Options (HCO) una cancelación expedita (rápida) de la inscripción. Si el motivo de su solicitud cumple las normas para una cancelación expedita de la inscripción, recibirá una carta para indicarle que ya se canceló la inscripción.

Los miembros que pueden pedir la cancelación expedita de la inscripción incluyen, entre otros, niños que reciban servicios según los Programas de Asistencia de adopción o crianza temporal, miembros con necesidades de atención médica especiales y miembros que ya estén inscritos en Medicare o en otro plan de atención médica administrada comercial o de Medi-Cal.

Usted puede pedir personalmente salir de KFHC en su oficina local de Salud y Servicios Humanos del condado. Encuentre su oficina local en <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>. O llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711). Si tiene problemas para cambiar su plan médico después de comunicarse con Health Care Options, puede llamar a la Oficina del Defensor de la División de Atención Médica Administrada de Medi-Cal al 1-888-452-8609 para obtener ayuda.

## Estudiantes universitarios que se mudan a un condado nuevo o fuera de California

Si se muda a un condado nuevo en California para asistir a la universidad, KFHC cubrirá los servicios en la sala de emergencias y de atención de urgencia en su nuevo condado. Los servicios de emergencias y la atención de urgencia están disponibles para todos los miembros de Medi-Cal en todo el estado, independientemente del condado de residencia. La atención de rutina y la atención preventiva están cubiertas solo en su condado de residencia.

Si usted está inscrito en Medi-Cal y asistirá a la universidad en un condado diferente en California, no tiene que presentar una solicitud para recibir beneficios de Medi-Cal en ese condado.

Cuando se mude temporalmente de casa para asistir a la universidad en otro condado de California, hay dos opciones disponibles para usted. Usted puede:

- Avisarle al trabajador a cargo de su elegibilidad, en el Departamento de Servicios Humanos del condado de Kern al que se está mudando temporalmente para asistir a la universidad y dar la dirección en el condado nuevo. El condado actualizará los expedientes del caso con su nueva dirección y código del condado en la base de datos del Estado. Use esta opción si quiere obtener atención preventiva o de rutina en su nuevo condado. Es posible que tenga que cambiar los planes médicos



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

si asistirá a una universidad fuera del condado de Kern. Si tiene preguntas y para evitar demoras en la inscripción en el nuevo plan médico, llame a Health Care Options al 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 o 711).

**O**

- Elegir no cambiar su plan médico cuando se mude temporalmente para asistir a la universidad en un condado diferente. Solo podrá obtener acceso a servicios en la sala de emergencias y atención de urgencia en el condado nuevo por algunas condiciones. Para obtener más información, consulte el Capítulo 3, “Cómo obtener atención médica”. Para obtener atención médica preventiva o de rutina, usted tendría que usar la red habitual de proveedores de KFHC situada en el condado de residencia.

Si está saliendo temporalmente de California para asistir a la universidad en otro estado y quiere conservar su cobertura de Medi-Cal, comuníquese con el trabajador a cargo de su elegibilidad en el Departamento de Servicios Humanos del Condado de Kern. Mientras sea elegible, Medi-Cal cubrirá los servicios de emergencias y la atención de urgencia en otro estado. También cubriremos la atención de emergencia que requiera hospitalización en Canadá y México si el servicio se aprueba y si el médico y el hospital cumplen las reglas de Medi-Cal. Los servicios de atención de rutina y preventiva, incluyendo los medicamentos con receta, no están cubiertos fuera de California. Si quiere recibir Medicaid en otro estado, necesita pedirlo en ese estado. No será elegible para Medi-Cal y KFHC no pagará su atención médica.

## Continuidad de la atención médica

Como miembro de KFHC usted obtendrá su atención médica de los proveedores de la red de KFHC. En algunos casos, usted puede visitar a los proveedores que no están en la red de KFHC. A esto se le llama continuidad de la atención médica. Llame a KFHC y avísenos si necesita ver a un proveedor fuera de la red. Le diremos si tiene continuidad de la atención. Puede usar la continuidad de la atención, hasta por 12 meses, o más en algunos casos, si se cumplen todas las siguientes condiciones:

- Tenía una relación continua con el proveedor que no pertenece al plan, antes de inscribirse en KFHC.
- El proveedor fuera del plan está dispuesto a trabajar con KFHC y acepta los requisitos de KFHC.
- Visitó a un proveedor fuera del plan al menos una vez durante los doce (12) meses anteriores a su inscripción en KFHC para una visita que no era de emergencia.
- Visitó a un proveedor fuera del plan al menos una vez durante los seis (6) meses anteriores a la transición de los servicios de un Centro Regional a KFHC.
- KFHC no tiene una preocupación documentada sobre la calidad de la atención con el proveedor fuera del plan.

Si sus proveedores no se unen a la red de KFHC al final de los 12 meses, no están de acuerdo con las tarifas de pago de KFHC o no cumplen los requisitos de calidad de atención, tendrá que cambiarse a proveedores en la red de KFHC o llamar a Servicios para

Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).



KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) para hablar desus opciones.

## **Proveedores que salen de KFHC o proveedores fuera del plan**

Si su proveedor que no es proveedor de KFHC lo atiende para tratar ciertas condiciones médicas o si su proveedor deja de trabajar con KFHC, puede continuar recibiendo los servicios de ese proveedor. Esta es otra forma de continuidad de la atención médica. Los servicios que presta KFHC para la continuidad de la atención incluyen, entre otros:

- Condiciones agudas (un problema médico que necesita atención rápida): mientras dure la condición.
- Condiciones físicas y del comportamiento crónicas (un problema médico que usted tiene durante mucho tiempo): durante el tiempo necesario para finalizar el curso del tratamiento y coordinar una transferencia segura a un nuevo médico de la red KFHC.
- Embarazo: durante el embarazo y el período posparto inmediato.
- Servicios de salud mental materna.
- Atención de un niño recién nacido entre el nacimiento y los 36 meses de edad hasta 12 meses a partir de la fecha de inicio de la cobertura o la fecha de terminación del contrato del proveedor con KFHC.
- Enfermedad terminal (un problema médico potencialmente mortal): mientras dure la enfermedad. La finalización de los servicios cubiertos puede exceder los doce (12) meses desde que el proveedor deja de trabajar con KFHC.
- Cirugía u otro procedimiento médico de un proveedor fuera del plan, siempre que esté cubierto, sea médicamente necesario y esté autorizado por KFHC como parte de un curso de tratamiento documentado y fue recomendado y documentado por el proveedor: cirugía u otro procedimiento médico dentro de los 180 días después de la fecha de terminación del contrato del proveedor o 180 días a partir de la fecha efective la cobertura de un miembro nuevo.

Para obtener más información sobre otras condiciones que pueden calificar, comuníquese con Servicios para miembros de KFHC.

Si el proveedor fuera del plan no está dispuesto a continuar con la prestación de servicios, no está de acuerdo con el pago u otros términos para dar atención, entonces no podrá recibir atención continua del proveedor. Llame a Servicios para miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) para obtener ayuda sobre cómo seleccionar un proveedor contratado para continuar con su atención o si tiene preguntas o problemas para recibir servicios cubiertos de un proveedor fuera de KFHC.

KFHC no está obligado a continuar la atención para servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, equipo médico duradero, transporte, otros servicios auxiliares y proveedores de servicios exclusivos. Para obtener más información sobre la continuidad de la atención médica y las calificaciones de elegibilidad y para conocer todos los servicios disponibles, llame a Servicios para miembros.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



## Costos

### Costos del miembro

KFHC atiende a las personas que califican para recibir los beneficios de Medi-Cal. En la mayoría de los casos, los miembros de KFHC **no** tienen que pagar por los servicios cubiertos, las primas o los deducibles. Los miembros inscritos en el Programa de seguro médico infantil de California (California Children's Health Insurance Program, CCHIP) en los condados de Santa Clara, San Francisco y San Mateo y los miembros inscritos en el programa de Medi-Cal para familias pueden tener una prima mensual y copagos. Usted debe obtener la aprobación previa de KFHC antes de consultar a un proveedor fuera de la red de KFHC, excepto para recibir la atención de emergencia, la atención de urgencia o la atención delicada. Si no obtiene la aprobación previa y visita a un proveedor fuera de la red para recibir atención que no sea atención de emergencia, atención de urgencia o atención delicada, es posible que tenga que pagar por la atención médica que reciba de proveedores que están fuera de la red. Para obtener una lista de los servicios cubiertos, vaya a "Beneficios y servicios".

### Para los miembros con atención médica a largo plazo y costo compartido

Es posible que tenga que pagar un porcentaje del costo cada mes por sus servicios de atención médica a largo plazo. La cantidad de su porcentaje del costo depende de sus ingresos y recursos. Cada mes, pagará sus propias facturas médicas, incluyendo, entre otras, las facturas de Servicios y Apoyos Administrados a Largo Plazo (Managed Long Term Support Service, MLTSS), hasta que la cantidad que haya pagado sea igual a su porcentaje del costo. Después de eso, KFHC cubrirá su atención médica a largo plazo para el mes. KFHC no lo cubrirá hasta que haya pagado su porcentaje del costo de atención médica a largo plazo del mes.

### Cómo se le paga a un proveedor

KFHC les paga a los proveedores de estas maneras:

- Pagos por capitación
  - KFHC les paga a algunos proveedores una cantidad de dinero establecido cada mes por cada miembro de KFHC. A esto se le llama pago por capitación. KFHC y los proveedores trabajan juntos para decidir la cantidad del pago.
- Pagos de pago por servicio
  - Algunos proveedores les dan atención médica a miembros de KFHC y, luego, le envían a KFHC una factura por los servicios que prestaron. A esto se le llama pago por servicio. KFHC y los proveedores trabajan juntos para decidir cuánto cuesta cada servicio.

Para obtener más información de cómo paga KFHC a los proveedores, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera Bakersfield) (TTY/TDD 711).

KFHC tiene un programa de pago para proveedores que recompensa a los proveedores



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

dentro de la red que prestan la mejor atención médica a los miembros. Los PCP, hospitales y algunos proveedores especializados participan en un plan de bonificación de recompensas. KFHC no usa programas de pago que recompensan a un proveedor dentro de la red por retener la atención médicamente necesaria. KFHC no tiene un contrato con un proveedor dentro de la red que tenga un plan de recompensas que incluya pagos para denegar, reducir, limitar o retrasar la atención médicamente necesaria y adecuada de un miembro.

### **Cómo pedir a KFHC que pague una factura**

Los servicios cubiertos son servicios de atención médica que KFHC es responsable de pagar. Si usted recibe una factura por tarifas de servicios de apoyo, copagos o tarifas de inscripción por un servicio cubierto, no pague la factura. Llame de inmediato a Servicios para miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

### **Cómo pedir a KFHC que reembolse los gastos**

Si pagó por servicios que ya recibió y quiere que KFHC le reembolse el pago (le devuelva el dinero), debe cumplir **todas** las condiciones siguientes:

- El servicio que recibió es un servicio cubierto que KFHC es responsable de pagar. KFHC no le reembolsará un servicio que no esté cubierto por Medi-Cal o KFHC.
- Recibió el servicio cubierto después de convertirse en miembro elegible de KFHC.
- Usted pide que se le reembolse el pago en el plazo de un año a partir de la fecha en que recibió el servicio cubierto.
- Tiene pruebas de que pagó el servicio cubierto, como un recibo detallado del proveedor.
- Recibió el servicio cubierto de un proveedor inscrito en Medi-Cal en la red de KFHC. No es necesario que cumpla esta condición si recibió servicios de emergencias, servicios de planificación familiar u otro servicio que Medi-Cal permite que los proveedores fuera de la red presten sin aprobación previa.
- Si el servicio cubierto normalmente necesita de aprobación previa, usted debe presentar prueba del proveedor que demuestre una necesidad médica para el servicio cubierto.

KFHC le informará de su decisión de reembolsarle el pago en una carta llamada Aviso de acción. Si usted cumple todas las condiciones anteriores, el proveedor inscrito en Medi-Cal debe reembolsarle la cantidad total que pagó. Si el proveedor se niega a devolverle el dinero, KFHC le pagará la cantidad total. Si el proveedor está inscrito en Medi-Cal, pero no está en la red de KFHC y se niega a reembolsarle el pago, KFHC le devolverá el dinero, pero solo hasta la cantidad que pagaría Medi-Cal por las tarifas de los servicios. KFHC le reembolsará la cantidad total que usted pague de su bolsillo por servicios de emergencias, servicios de planificación familiar u otro servicio que

Medi-Cal permita que los proveedores fuera de la red presten sin aprobación previa. Si no cumple una de las condiciones anteriores, KFHC no le devolverá el dinero. KFHC no le



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

devolverá el dinero si:

- Usted solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
- Tiene un costo compartido de Medi-Cal no cubierto.
- Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que quería que lo vean de todos modos y que usted mismo pagaría los servicios.
- Solicitó que le reembolsaran los copagos de los medicamentos recetados cubiertos por su plan de la Parte D de Medicare.

Para presentar un reclamo, llame a Servicios para miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) para solicitar un formulario de reclamo. Servicios para miembros le enviará por correo un formulario de reclamo con un sobre de devolución con franqueo pagado. Debe incluir una copia de la factura y el recibo si pagó el servicio de su bolsillo. También puede consultar <http://www.kernfamilyhealthcare.com> e iniciar sesión o crear su cuenta del Portal para miembros de KFCH para enviar su reclamo en línea. Complete el formulario y cargue las imágenes de sus facturas y otros documentos que nos ayudarán a revisar su reclamo. Servicios para miembros pueden ayudarlo con este proceso si es necesario.



---

Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

# 3. Cómo obtener atención médica

## Cómo recibir servicios de atención médica

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA SABER DE QUIÉN O DE QUÉ GRUPO DE PROVEEDORES SE PUEDE OBTENER ATENCIÓN MÉDICA.**

Puede comenzar a recibir servicios de atención médica en la fecha efectiva de su inscripción. Siempre lleve la tarjeta de identificación de KFHC, la tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (BIC) y las demás tarjetas de seguro médico que tenga. Nunca permita que alguien más use su tarjeta de identificación de KFHC o su tarjeta BIC.

Los miembros nuevos deben elegir a un proveedor de atención primaria (PCP) en la red de KFHC. La red de KFHC es un grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con KFHC. Usted debe elegir a un PCP en un plazo de 30 días desde la fecha en que se convirtió en un miembro de KFHC. Si no elige a un PCP, KFHC elegirá uno por usted.

Puede elegir el mismo PCP o diferentes PCP para todos los familiares en KFHC, siempre que el PCP esté disponible.

Si tiene un médico que quiera conservar, o si quiere encontrar a un PCP nuevo, puede buscar en el Directorio de Proveedores. Este tiene una lista de todos los PCP en la red de KFHC. El Directorio de Proveedores tiene otra información para ayudarlo a elegir un PCP. Si necesita un Directorio de proveedores, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede encontrar el Directorio de Proveedores en el sitio web de KFHC en <http://www.kernfamilyhealthcare.com>.

Si no puede obtener la atención médica que necesita de un proveedor participante en la red de KFHC, su PCP debe pedirle a KFHC la aprobación para enviarlo a un proveedor fuera de la red. Esto se llama una referencia. No necesita aprobación para visitar a un proveedor fuera de la red para obtener servicios confidenciales que se describen bajo el título “Atención delicada” más adelante en este capítulo.

Lea el resto de este capítulo para obtener más información sobre los PCP, el Directorio de Proveedores y la red de proveedores.

**Los beneficios de farmacia ahora se administran mediante el programa de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medi-Cal Rx. Para obtener más información, lea la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en el Capítulo 4.**



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Proveedor de atención primaria (PCP)

Usted debe elegir a un proveedor de atención primaria (primary care provider, PCP) en un plazo de 30 días después de inscribirse en KFHC. Según su edad y sexo, puede elegir un médico de cabecera, un obstetra/ginecólogo, un médico de familia, un internista o un pediatra como su proveedor de atención primaria (PCP). Un enfermero de práctica avanzada (nurse practitioner, NP), médico asociado (physician assistant, PA) o enfermera partera certificada también puede actuar como su PCP. Si elige un NP, PA o enfermera partera certificada, es posible que a usted se le asigne a un médico para que supervise su atención médica. Si tiene Medicare y Medi-Cal o si tiene otro seguro de atención médica, no tiene que elegir un PCP.

Puede elegir un proveedor de atención médica indígena (Indian Health Care Provider, IHCP), un centro médico calificado federalmente (Federally Qualified Health Center, FQHC) o una clínica médica rural (Rural Health Clinic, RHC) como su PCP. Según el tipo de proveedor, es posible que pueda elegir un PCP para toda su familia que sea miembro de KFHC, siempre que el PCP esté disponible.

Nota: Los indios americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no está en la red de KFHC.

Si no elige a un PCP en un plazo de 30 días después de la inscripción, KFHC le asignará un PCP. Si le asignan un PCP y quiere cambiarlo, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). El cambio sucede el primer día del siguiente mes. Su PCP:

- Tendrá la oportunidad de conocer su historial médico y necesidades.
- Conservará sus expedientes médicos.
- Le dará la atención médica preventiva y de rutina que usted necesite.
- Lo referirá (enviará) a un especialista si necesita uno.
- Hará los arreglos para que obtenga atención médica en el hospital si la necesita.

Puede buscar en el Directorio de proveedores para encontrar a un PCP dentro de la red de KFHC. El Directorio de Proveedores tiene una lista de IHCP, FQHC y RHC que trabajan con KFHC.

Puede encontrar el Directorio de Proveedores de KFHC en línea en <http://www.kernfamilyhealthcare.com>. O puede pedir que le envíen por correo un Directorio de proveedores llamando al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede llamar para averiguar si el PCP que usted quiere que lo atienda está aceptando pacientes nuevos.

## Elección de médicos y otros proveedores

Usted es quien mejor conoce sus necesidades de atención médica, así que lo mejor sería que usted haga la elección de su PCP.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

Es mejor permanecer con un mismo PCP para que pueda conocer sus necesidades de atención médica. Sin embargo, si quiere cambiarse a un PCP nuevo, puede hacerlo en cualquier momento. Debe elegir a un PCP que esté en la red de proveedores de KFHC y que esté aceptando pacientes nuevos.

Su nueva elección se convertirá en su PCP el primer día del siguiente mes después de que haga el cambio.

Para cambiar su PCP, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede cambiar su PCP en línea en <http://www.kernfamilyhealthcare.com> e iniciando sesión o creando su cuenta en el Portal para miembros.

KFHC le puede pedir que cambie su PCP si el PCP no está aceptando pacientes nuevos, se ha salido de la red de KFHC o no atiende a pacientes de su edad. KFHC o su PCP también pueden pedirle que cambie de PCP si usted no se lleva bien o no se pone de acuerdo con su PCP, o si falta o llega tarde a las citas. Si KFHC necesita cambiar su PCP, KFHC se le informará por escrito. Algunas cosas para pensar cuando elige un PCP:

- ¿El PCP atiende niños?
- ¿El PCP trabaja en una clínica que me gusta?
- ¿Está el consultorio del PCP cerca de mi casa, mi trabajo o la escuela de mis hijos?
- ¿Está el consultorio del PCP cerca de donde vivo y es fácil llegar?
- ¿Los médicos y el personal hablan mi idioma?
- ¿El PCP trabaja con un hospital que me gusta?
- ¿El PCP presta los servicios que puedo necesitar?
- ¿El horario de atención del PCP se ajusta a mi horario?

## Evaluación inicial médica (IHA)

KFHC recomienda que, como miembro nuevo, visite a su nuevo PCP dentro de los primeros 120 días para hacerse una evaluación médica inicial (Initial Health Assessment, IHA). El propósito de la IHA es ayudar a que su PCP conozca sus necesidades y sus antecedentes de atención médica. Su PCP puede hacerle algunas preguntas sobre su historial médico o puede pedirle que complete un cuestionario. Su PCP también le informará sobre consejería y clases educativas en salud que pueden ayudarle.

Cuando llame para programar su cita de la IHA, informe a la persona que responda el teléfono que usted es un miembro de KFHC. Dé su número de identificación de KFHC.

Lleve a su cita su BIC y la tarjeta de identificación de KFHC. Es buena idea llevar con usted una lista de sus medicamentos y preguntas a su consulta. Esté preparado para hablar con su PCP sobre sus preocupaciones y necesidades de atención médica.

Asegúrese de llamar al consultorio de su PCP si va a llegar tarde o no puede ir a su cita.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

Si tiene preguntas sobre la IHA, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

### Atención médica de rutina

La atención médica de rutina es la atención médica habitual. Incluye la atención preventiva, también llamada atención médica de bienestar o de salud general. Le ayuda a estar saludable y le ayuda a evitar que se enferme. La atención preventiva incluye chequeos regulares y consejería y educación sobre la salud. Los niños pueden recibir servicios de prevención temprana muy necesarios, como exámenes médicos de audición y visión, evaluaciones del proceso de desarrollo y muchos más servicios recomendados por las pautas de Bright Futures de los pediatras. Además de la atención preventiva, la atención médica de rutina también incluye atención médica cuando esté enfermo. KFHC cubre la atención médica de rutina de su PCP. Su PCP:

- Le dará toda la atención médica de rutina, incluyendo chequeos, vacunas, tratamientos, recetas y recomendaciones médicas.
- Conservará sus expedientes médicos.
- Lo referirá (enviará) a especialistas, si fuera necesario.
- Ordenará radiografías, mamografías o análisis de laboratorio si usted los necesita.

Cuando usted necesite atención médica de rutina, llamará a su PCP para hacer una cita. Asegúrese de llamar a su PCP antes de obtener atención médica, a menos que sea una emergencia. Por una emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Para obtener más información sobre la atención médica y los servicios que cubre su plan, y lo que no cubre, lea “Beneficios y servicios” y “Atención preventiva para niños y jóvenes” en esta guía.

**Todos los proveedores de KFHC pueden usar asistencia y servicios para comunicarse con personas con discapacidades. También pueden comunicarse con usted en otro idioma o formato. Dígale a su proveedor o KFHC lo que necesita.**

### Red de proveedores

La red de proveedores es el grupo de médicos, hospitales y otros proveedores que trabajan con KFHC. Recibirá la mayoría de los servicios cubiertos mediante la red KFHC.

Nota: Los indios americanos pueden elegir un IHCP como su PCP, incluso si el IHCP no está en la red de KFHC.

Si su PCP, hospital u otro proveedor, tiene una objeción moral para brindarle un servicio cubierto, como planificación familiar o aborto, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Para obtener más información



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

sobre las objeciones morales, lea la sección “Objeción moral” más adelante en este capítulo.

Si su proveedor tiene una objeción moral, puede ayudarle a encontrar otro proveedor que le dará los servicios que necesita. KFHC también puede ayudarle a buscar un proveedor que preste el servicio.

## **Proveedores dentro de la red**

Usted usará proveedores de la red de KFHC para la mayoría de sus necesidades de atención médica. Obtendrá atención preventiva y de rutina de su PCP. También usará especialistas, hospitales y otros proveedores en la red de KFHC.

Para obtener un Directorio de Proveedores dentro de la red, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede encontrar el Directorio de Proveedores en línea en <http://www.kernfamilyhealthcare.com>. Para obtener una copia de la lista de medicamentos por contrato, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

Excepto por la atención de emergencia o la atención delicada, debe obtener la aprobación previa de KFHC antes de consultar a un proveedor fuera de la red de KFHC. Si no tiene la aprobación previa y visita a un proveedor fuera de la red para recibir atención que no es atención de emergencia o atención delicada, es posible que deba pagar la atención de proveedores fuera de la red.

## **Proveedores fuera de la red que están dentro del área de servicio**

Los proveedores fuera de la red son aquellos que no tienen un contrato para trabajar con KFHC. Excepto por la atención de emergencia, es posible que usted tenga que pagar por la atención médica de proveedores que están fuera de la red. Si necesita servicios de atención médica cubiertos, es posible que los pueda obtener fuera de la red sin costo para usted, siempre y cuando sean médicamente necesarios y que no estén disponibles dentro de la red.

KFHC puede darle una referencia a un proveedor fuera de la red si los servicios que necesita no están disponibles dentro de la red o están ubicados muy lejos de su casa. Si le damos una remisión a un proveedor fuera de la red, pagaremos por su atención médica.

Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de visitar a un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de KFHC, excepto para atención de emergencia y atención delicada. Para recibir atención de urgencia dentro del área de servicio de KFHC, debe consultar a un proveedor dentro de la red de KFHC. No necesita una aprobación



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



previa para recibir atención de urgencia de un proveedor dentro de la red. Es posible que deba pagar la atención de urgencia que reciba de un proveedor fuera de la red dentro del área de servicio de KFHC si no tiene la aprobación previa. Para obtener más información sobre la atención de emergencia, atención de urgencia y servicios de atención delicada, consulte esos títulos en este capítulo.

Nota: Si usted es indio americano, puede recibir atención en un IHCP fuera de nuestra red de proveedores sin una referencia.

Si necesita ayuda con los servicios fuera de la red, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

### Fuera del área de servicio

Si está fuera del área de servicio de KFHC y necesita atención médica que no sea una emergencia ni de urgencia, llame a su PCP de inmediato. O llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana. KFHC cubre la atención de emergencia fuera de la red. Si usted viaja a Canadá o a México y necesita servicios de emergencias que necesiten hospitalización, KFHC cubrirá su atención médica. Si usted está viajando internacionalmente fuera de Canadá o de México y necesita atención de emergencia, KFHC **no** cubrirá su atención médica.

Si paga por servicios de emergencias que requieren hospitalización en Canadá o México, puede pedirle a KFHC que le devuelva el dinero. KFHC revisará su solicitud.


Si está en otro estado, incluyendo los territorios de los EE. UU. (Samoa Americana, Guam, Islas Marianas del Norte, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.), tiene cobertura para atención de emergencia, pero no todos los hospitales y médicos aceptan Medicaid (Medicaid es lo mismo que Medi-Cal en otros estados). Si necesita atención de emergencia fuera de California, avísele lo antes posible al médico del hospital o de la sala de emergencias que usted tiene Medi-Cal y es miembro de KFHC. Pídale al hospital que le haga copias de su tarjeta de identificación de KFHC. Dígale al hospital y al médico que haga la factura a KFHC. Si recibe una factura por servicios en otro estado, llame a KFHC de inmediato. Trabajaremos con el hospital o el médico para coordinar que KFHC pague su atención.

Si está fuera de California y tiene una necesidad de emergencia para surtir medicamentos con receta para pacientes ambulatorios, solicite a la farmacia que llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 para obtener ayuda.

Nota: Los indios americanos pueden obtener servicios en IHCP fuera de la red.

Si tiene preguntas sobre la atención fuera de la red o fuera del área de servicio, llame al

---

 Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).  
KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

(661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Si el consultorio está cerrado y quiere ayuda de un representante, llame a la línea de consejos de enfermería al 1-800-391-2000, disponible las 24 horas del día, 7 los días de la semana.

## Médicos

Usted elegirá a su médico para que sea su proveedor de atención primaria (PCP) del Directorio de proveedores de KFHC. El médico que elija debe ser un proveedor dentro de la red. Para obtener una copia del Directorio de proveedores de KFHC, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). O búsquelo en línea en <http://www.kernfamilyhealthcare.com>.

Si elige a un nuevo médico, también debe llamar para asegurarse de que el PCP que usted elija está aceptando pacientes nuevos.

Si usted estaba consultando a un médico antes de ser miembro de KFHC, y el médico no es parte de la red de KFHC, es posible que pueda seguir consultando a ese médico por un tiempo limitado. A esto se le llama continuidad de la atención médica. Puede leer más sobre la continuidad de la atención médica en esta guía. Para obtener más información, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Si necesita un especialista, su PCP le dará una referencia a un especialista en la red de KFHC.

Recuerde, si no elige a un PCP, KFHC elegirá uno por usted. Usted es quien mejor conoce sus necesidades de atención médica, así que lo mejor sería que usted haga la elección. Si tiene Medicare y Medi-Cal o si tiene otro seguro de atención médica, no tiene que elegir un PCP.

Si quiere cambiar de PCP, debe elegir a un PCP del Directorio de proveedores de KFHC. Asegúrese de que el PCP esté aceptando pacientes nuevos. Si quiere cambiar de PCP, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) o visite <http://www.kernfamilyhealthcare.com> e inicie sesión o cree su cuenta en el Portal para miembros.

## Hospitales

En una emergencia, llame al **911** o diríjase al hospital más cercano.

Si no es una emergencia y necesita atención en el hospital, su PCP decidirá a qué hospital tiene que ir. Tendrá que ir a un hospital que su PCP use y que esté dentro la red de proveedores de KFHC. Los hospitales en la red de KFHC están indicados en el Directorio de proveedores. Las hospitalizaciones que no sean emergencias deben tener una aprobación previa (autorización previa).



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Especialistas en salud de la mujer

Usted puede acudir con un especialista en salud de la mujer dentro de la red de KFHC para recibir la atención médica cubierta necesaria y servicios de atención médica preventiva y de rutina para mujeres. No necesita una referencia de su PCP para recibir estos servicios. Para obtener ayuda para buscar un especialista en salud de la mujer, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede llamar a la línea de consejos de enfermería, 1-800-391-2000, disponible las 24 horas del día, 7 los días de la semana.

## Directorio de proveedores

El Directorio de proveedores de KFHC muestra una lista de los proveedores que participan en la red de KFHC. La red es el grupo de proveedores que trabaja con KFHC.

El Directorio de proveedores de KFHC muestra una lista de hospitales, PCP, especialistas, enfermero de práctica avanzada, enfermeras parteras, médicos asociados, proveedores de planificación familiar, centros médicos federalmente calificados (FQHC), proveedores de atención de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios y apoyos administrados a largo plazo (MLTSS), centros de maternidad independientes (FBC), proveedores de atención médica indígena (IHCP) y clínicas médicas rurales (RHC).

El Directorio de proveedores tiene nombres, especialidades, direcciones, números de teléfonos, horarios de atención e idiomas que hablan los proveedores dentro de la red de KFHC. Indica si el proveedor está aceptando pacientes nuevos. También da el nivel de accesibilidad física al edificio, como estacionamiento, rampas, escalones con pasamanos y baños con puertas amplias y barras de seguridad. Para obtener información sobre la educación, capacitación y certificación de un médico, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Puede encontrar el Directorio de proveedores en línea en <http://www.kernfamilyhealthcare.com>.

Si necesita una copia impresa del Directorio de proveedores, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

**Puede encontrar una lista de farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>. También puede encontrar una farmacia cercana llamando a Medi-Cal Rx al 1-800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711).**

## Acceso oportuno a la atención médica

Su proveedor debe darle una cita dentro de los plazos que se indican abajo.

A veces, esperar más tiempo para recibir atención no es un problema. Su proveedor puede



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

darle un tiempo de espera más largo, si no es perjudicial para su salud. Se debe informar en su registro que un tiempo de espera más largo no será perjudicial para su salud.

Tipo de cita	Usted debe poder obtener una cita dentro de:
Citas de atención de urgencia que no requieren aprobación previa (autorización previa)	48 horas
Citas de atención de urgencia que requieren aprobación previa (autorización previa)	96 horas
Citas de atención médica básica que no son urgentes (de rutina)	10 días hábiles
Citas de atención de especialistas que no son urgentes (de rutina)	15 días hábiles
Citas de atención que no son urgentes (de rutina) con un proveedor de salud mental (no médico)	10 días hábiles
Citas que no son urgentes (de rutina) para servicios auxiliares (de apoyo) para el diagnóstico o tratamiento de una lesión, enfermedad u otra condición	15 días hábiles
Tiempos de espera en el teléfono durante el horario habitual de atención	10 minutos

### Tiempo y distancia de viaje para recibir la atención médica

KFHC debe seguir las normas de tiempo o distancia de viaje para su atención médica. Esas normas ayudan a garantizar que usted reciba atención médica sin tener que viajar demasiado tiempo o muy lejos de donde vive. Las normas de tiempo o distancia dependen del condado donde vive.

Si KFHC no puede prestarle atención dentro de esas normas de tiempo o distancia, el DHCS puede aprobar una norma diferente, llamado norma de acceso alternativo. Para conocer las normas de tiempo o distancia de KFHC para el lugar donde vive, visite <http://www.kernfamilyhealthcare.com>. O llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Si necesita atención médica de un proveedor y ese proveedor está lejos de donde usted vive, llame a Servicios para miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Pueden ayudarle a encontrar



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

atención con un proveedor que esté más cerca de usted. Si KFHC no puede encontrar atención médica para usted con un proveedor más cercano, usted puede pedir a KFHC que coordine el transporte para que usted vaya a la cita con su proveedor, incluso si el proveedor está situado lejos de donde usted vive. Si necesita ayuda con los proveedores de farmacia, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711).

Se considera lejos si usted no puede visitar al proveedor dentro de las normas de tiempo o distancia de KFHC para su condado, independientemente de cualquier norma de acceso alternativo que KFHC pueda usar para su código postal.

## Citas

Cuando necesite atención médica:

- Llame a su PCP.
- Tenga su número de identificación de KFHC listo en el momento de hacer la llamada.
- Deje un mensaje con su nombre y teléfono si el consultorio está cerrado.
- Lleve a su cita su BIC y la tarjeta de identificación de KFHC.
- Pida transporte para ir a su cita, si es necesario.
- Pida ayuda lingüística o servicios de interpretación, si es necesario.
- Llegue a tiempo a su cita; puede llegar unos minutos antes para registrarse, completar los formularios y responder cualquier pregunta que pueda tener su PCP.
- Llame de inmediato si no puede asistir o llegará tarde a su cita.
- Tenga listas sus preguntas y la información de los medicamentos en caso de que las necesite.

Si tiene una emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias más cercana.

## Llegar a su cita

Si no tiene forma de ir y volver de sus citas y servicios de atención médica, podemos ayudarle a organizar el transporte para usted. La ayuda de transporte está disponible para servicios y citas que no son servicios de emergencias, y es posible que pueda obtener transporte gratis. Este servicio, llamado transporte médico, **no** es para emergencias. Si tiene una emergencia, llame al **911**.

Vaya a la sección “Beneficios de transporte” para obtener más información.

## Cancelación y reprogramación

Si no puede llegar a su cita, llame al consultorio de su proveedor de inmediato. La mayoría de los médicos le piden que llame 24 horas (1 día hábil) antes de su cita, si tiene que cancelarla. Si falta a sus citas varias veces, es posible que su médico ya no quiera verlo como paciente.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Pago

Usted **no** tiene que pagar por los servicios cubiertos. En la mayoría de los casos, no recibirá una factura de un proveedor. Debe mostrar su tarjeta de identificación de KFHC y su BIC de Medi-Cal cuando reciba cualquier servicio de atención médica o recetas, para que su proveedor sepa a quién facturar. Puede obtener una Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o un estado de cuenta de un proveedor. Las EOB y los estados de cuenta no son facturas.

Si recibe una factura, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Si recibe una factura por recetas, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711). O visite el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>. Dígale a KFHC la cantidad que pagó, la fecha del servicio y el motivo de la factura. Usted **no** es responsable de pagarle a un proveedor por cualquier cantidad que KFHC adeude por algún servicio cubierto. Debe obtener una aprobación previa (autorización previa) antes de visitar a un proveedor fuera de la red, excepto para atención de emergencia o atención delicada y atención de urgencia (dentro del área de servicio de KFHC).

Si no tiene la aprobación previa, es posible que deba pagar la atención de proveedores fuera de la red. Si necesita servicios de atención médica cubiertos, es posible que los pueda obtener de un proveedor fuera de la red sin costo para usted, siempre y cuando sean médicamente necesarios, que no estén disponibles dentro de la red y sean aprobados previamente por KFHC. Para obtener más información sobre atención de emergencia, atención de urgencia y servicios delicados, consulte esos títulos en este capítulo.

Si recibe una factura o le piden que pague un copago que usted cree que no debería pagar, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Si paga la factura, puede presentar un formulario de reclamo ante KFHC. Usted tendrá que informar a KFHC por escrito por qué tuvo que pagar por el artículo o el servicio. KFHC leerá su reclamo y decidirá si usted puede recibir un reembolso. Si tiene preguntas o quiere pedir un formulario de reclamo, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede presentar un reclamo en línea. Para hacerlo, visite <http://www.kernfamilyhealthcare.com> e inicie sesión o cree su cuenta en el Portal para miembros y haga clic en Solicitud de reembolso.

Si recibe servicios en el sistema de Asuntos de Veteranos o recibió servicios que no están cubiertos o no están autorizados fuera de California, es posible que usted sea responsable del pago. KFHC no le devolverá el dinero si:

- Solicitó y recibió servicios que no están cubiertos por Medi-Cal, como servicios cosméticos.
- Tiene un costo compartido de Medi-Cal no cubierto.
- Fue a un médico que no acepta Medi-Cal y firmó un formulario que decía que quería que lo vean de todos modos y que usted mismo pagaría los servicios.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

- Solicitó que le reembolsaran los copagos de los medicamentos recetados cubiertos por su plan de la Parte D de Medicare.

## Referencias

Su PCP le dará una referencia para enviarlo a un especialista, si necesita uno. Un especialista es un médico que tiene educación adicional en un área de la medicina. Su PCP trabajará con usted para elegir a un especialista. El consultorio de su PCP puede ayudarle a fijar una hora para consultar al especialista.

Otros servicios que pueden necesitar una referencia incluyen los procedimientos en el consultorio, las radiografías, los análisis de laboratorio y el diagnóstico por imágenes, las segundas opiniones, las operaciones quirúrgicas menores u otras pruebas para entender su salud y coordinar su atención médica.

Su PCP puede enviar un formulario de referencia a KFHC para pedirnos que aprobemos su visita a un especialista. KFHC revisará la referencia y tomará una decisión. KFHC le enviará por correo a usted y a su PCP un aviso sobre su decisión. Si se aprueba la referencia, el especialista lo tratará durante el tiempo que crea que usted necesite el tratamiento y mientras no haya vencido la referencia.

Si tiene un problema médico que necesite atención médica especial durante un tiempo prolongado, es posible que necesite una referencia permanente. Esto significa que puede consultar al mismo especialista más de una vez sin tener que obtener una referencia cada vez.

Si tiene problema para obtener una referencia permanente o quiere una copia de la política de referencia de KFHC, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Usted no necesita una referencia para:

- Consultas con el PCP
- Visitas de obstetra/ginecólogo (OB/GYN)
- Consultas de atención de emergencia o urgente
- Servicios confidenciales para adultos, como atención médica debido a una agresión sexual
- Servicios de planificación familiar (para obtener más información, llame al Servicio de información y referencia para la planificación familiar de California al 1-800-942-1054)
- Pruebas de VIH/SIDA y orientación (menores de edad de 12 años en adelante)
- Servicios por infecciones transmitidas sexualmente (menores de edad de 12 años en adelante)
- Servicios quiroprácticos (es posible que necesite una referencia si los recibe de FQHC, RHC e IHCP fuera de la red)
- Evaluación inicial de salud mental
- Acupuntura (los primeros dos servicios del mes; si necesita más citas debe tener una referencia)



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

- Servicios de podología
- Diálisis
- Servicios en un hospicio para pacientes ambulatorios

Los menores también pueden obtener sin el consentimiento de los padres ciertos servicios de salud mental para pacientes ambulatorios, servicios confidenciales y servicios por trastornos por consumo de sustancias. Para obtener más información, lea “Servicios con consentimiento de menores” y “Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias” en esta guía.

**¿Listo para dejar de fumar? Para averiguar cómo hacerlo, llame al 1-800-300-8086 (inglés) o al 1-800-600-8191 (español). O visite [www.kickitca.org](http://www.kickitca.org).**

## **Aprobación previa (autorización previa)**

Para algunos tipos de atención médica, será necesario que su PCP o su especialista le pida permiso a KFHC antes de que usted obtenga la atención médica. A esto se le llama pedir autorización previa o aprobación previa. Esto significa que KFHC debe asegurarse de que la atención es necesaria o médicamente necesaria.

Los servicios médicamente necesarios son aquellos servicios razonables y necesarios para proteger la vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado, o reducir el dolor intenso de una enfermedad, dolencia o lesión que le diagnosticaron. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es médicamente necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o condición física o mental.

Los siguientes servicios siempre necesitan una aprobación previa (autorización previa), incluso si se reciben de un proveedor de la red de KFHC:

- Hospitalización, si no es una emergencia.
- Servicios fuera del área de servicio de KFHC, si no se trata de atención médica de emergencia o de urgencia.
- Operación para pacientes ambulatorios.
- Atención médica a largo plazo en un centro de enfermería.
- Tratamientos especializados.
- Servicios de transporte médico cuando no sea una emergencia. Los servicios de ambulancia de emergencia no requieren aprobación previa.

Según la Sección 1367.01(h)(1) del Código de Salud y Seguridad, KFHC determinará las aprobaciones previas (autorización previa) de rutina en el transcurso de 5 días hábiles a partir de que KFHC obtenga la información necesaria razonablemente para decidir.

Para las solicitudes en las que un proveedor indique o KFHC determine, que seguir el



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



plazo estándar podría poner en grave peligro su vida o su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima, KFHC tomará una decisión de aprobación previa (autorización previa) expedita (rápida). KFHC le avisará tan pronto como su condición lo requiera y no más tarde de 72 horas después de recibir la solicitud de servicios.

El personal médico o clínico, como médicos, enfermeras y farmacéuticos, revisará las solicitudes de aprobación previa (autorización previa).

KFHC **no** les paga a los revisores para denegar cobertura ni servicios. Si KFHC no aprueba la solicitud, KFHC le enviará a usted una carta de Aviso de acción (Notice of Action, NOA). En la carta de NOA, se le indicará cómo presentar una apelación si no está de acuerdo con la decisión.

KFHC se comunicará con usted si KFHC necesita más información o más tiempo para revisar su solicitud.

Usted nunca necesita una aprobación previa (autorización previa) para recibir atención de emergencia, incluso si es fuera de la red o fuera del área de servicio. Esto incluye trabajo de parto y parto si está embarazada. No necesita una aprobación previa (autorización previa) para recibir los servicios confidenciales, como planificación familiar, servicios de VIH/SIDA y abortos para pacientes ambulatorias.

Si tiene preguntas sobre la aprobación previa (autorización previa), llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

## Segundas opiniones

Es posible que usted quiera que le den una segunda opinión sobre la atención médica que su proveedor dice que necesita o sobre su diagnóstico o plan de tratamiento. Por ejemplo, podría querer una segunda opinión si no está seguro de que necesita un tratamiento recetado o una operación quirúrgica, o ha tratado de seguir un plan de tratamiento y no ha funcionado.

Si quiere una segunda opinión, lo referiremos a un proveedor dentro de la red calificado que pueda darle una segunda opinión. Si necesita ayuda para elegir un proveedor, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

KFHC pagará la segunda opinión si usted o su proveedor dentro de la red lo piden y obtiene la segunda opinión de un proveedor dentro de la red. No necesita permiso de KFHC para obtener una segunda opinión de un proveedor dentro de la red. Sin embargo, si necesita una referencia, su proveedor dentro de la red puede ayudarle a obtener una referencia para una segunda opinión, si la necesita.

Si no hay un proveedor en la red de KFHC que le dé una segunda opinión, KFHC pagará para que un proveedor fuera de la red le dé una segunda opinión. KFHC le informará en



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

un plazo de 5 días hábiles si se aprobó al proveedor que usted eligió para que le diera una segunda opinión. Si tiene una enfermedad crónica o grave, o se enfrenta una amenaza inmediata y grave para su salud, incluyendo, entre otros, la pérdida de la vida, una extremidad o una parte importante del cuerpo o una función corporal, KFHC le avisará por escrito dentro de las 72 horas.

Si KFHC rechaza su solicitud para que le den una segunda opinión, puede presentar una queja formal. Para obtener más información sobre las quejas formales, consulte el título “Quejas” del capítulo llamado “Cómo informar y resolver problemas” de esta guía.

## Atención médica confidencial

### *Servicios con consentimiento de menores*

Si usted es menor, solo puede obtener estos servicios sin permiso de su padre/madre o tutor si tiene más de 12 años de edad:

- Atención de salud mental para pacientes ambulatorios (menores que tengan 12 años o más):
  - Agresión sexual (sin límite de edad)
  - Incesto
  - Agresión física
  - Abuso infantil
  - Cuando tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a los demás (menores que tengan 12 años o más)
- Prevención/pruebas/tratamiento de VIH/SIDA
- Prevención/pruebas/tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente
- Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (menores que tengan 12 años o más). Para obtener más información, consulte “Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias” en esta guía

Si usted es menor de 18, puede consultar a un médico sin el permiso de su padre, madre o tutor legal para estos tipos de atención médica:

- Embarazo
- Planificación familiar/control de natalidad (incluyendo la esterilización)
- Servicios de aborto

Para pruebas de embarazo, servicios de planificación familiar, control de natalidad o servicios para tratar infecciones transmitidas sexualmente, el médico o la clínica no tienen que ser parte de la red de KFHC. Puede elegir cualquier proveedor de Medi-Cal y visitarlo para recibir estos servicios sin una remisión o aprobación previa (autorización previa). Es posible que no estén cubiertos los servicios de un proveedor fuera de la red que no estén relacionados con la atención confidencial. Para obtener ayuda para encontrar a un médico o una clínica que presten estos servicios (incluyendo el transporte), puede llamar al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

Los menores de edad pueden hablar en privado con un representante sobre sus problemas médicos llamando a la línea de consejos de enfermería al 1-800-391-2000, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### ***Servicios confidenciales para adultos***

Como adulto (mayor de 18 años), es posible que no quiera consultar a su PCP para recibir cierta atención médica privada o confidencial. De ser así, puede elegir a cualquier médico o clínica para estos tipos de atención médica:

- Planificación familiar y control de natalidad (incluyendo la esterilización)
- Pruebas de embarazo y orientación
- Prevención y pruebas de VIH/SIDA
- Prevención, pruebas y tratamiento de infecciones transmitidas sexualmente
- Atención médica debido a una agresión sexual
- Servicios de aborto para paciente ambulatorio

El médico o la clínica no tienen que ser parte de la red de KFHC. Puede elegir cualquier proveedor y visitarlo para recibir estos servicios sin una remisión o aprobación previa (autorización previa). Es posible que no estén cubiertos los servicios de un proveedor fuera de la red que no estén relacionados con la atención confidencial. Para obtener ayuda para encontrar a un médico o una clínica que presten estos servicios (incluyendo el transporte), puede llamar al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). También puede llamar a la línea de consejos de enfermería al 1-800-391-2000, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### ***Objeción moral***

Algunos proveedores tienen una objeción moral para algunos servicios cubiertos. Esto significa que tienen el derecho de **no** ofrecer algunos servicios cubiertos si moralmente están en desacuerdo con los servicios. Si su proveedor tiene una objeción moral, lo ayudará a encontrar a otro proveedor que preste los servicios necesarios. KFHC también puede trabajar con usted para encontrar a un proveedor.

**Algunos hospitales y otros proveedores no prestan uno o más de los siguientes servicios que pueden estar cubiertos por el contrato de su plan y que usted o un miembro de su familia podrían necesitar:**

- Planificación familiar
- Servicios de anticoncepción, incluyendo los anticonceptivos de emergencia
- Esterilización, incluyendo la ligadura de trompas al momento del trabajo de parto y el parto
- Tratamientos de infertilidad
- Aborto

**Usted debe obtener más información antes de inscribirse. Llame a su posible médico, grupo de médicos, asociación de práctica independiente o clínica, o llame a KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/**



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**TDD 711) para asegurarse de que pueda recibir los servicios de atención médica que necesita.**

Estos servicios están disponibles, y KFHC debe garantizar que usted o un miembro de su familia vean a un proveedor o sean admitidos en un hospital que brindará los servicios cubiertos. Llame a KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) si tiene preguntas o necesita ayuda para encontrar un proveedor.

## Atención de urgencia

La atención de urgencia **no** es para una condición de emergencia o potencialmente mortal. Es para servicios necesarios para prevenir daños graves en su salud debido a una enfermedad súbita, una lesión o la complicación de una condición que ya tiene. La mayoría de las citas de atención de urgencia no necesitan una aprobación previa (autorización previa) y están disponibles dentro de las 48 horas después de su solicitud de cita. Si para recibir los servicios de atención de urgencia que usted necesita debe tener una aprobación previa, se le dará una cita dentro de las 96 horas después de su solicitud.

Para recibir atención de urgencia, llame a su PCP. Si no puede comunicarse con ellos, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). O puede llamar a la línea de consejos de enfermería al 1-800-391-2000, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para conocer el nivel de atención que es mejor para usted.

Si necesita atención de urgencia fuera del área, diríjase al centro de atención de urgencia más cercano. Las necesidades de atención de urgencia podrían ser un resfriado o dolor de garganta, fiebre, dolor de oídos, un esguince muscular o servicios de maternidad. No es necesario obtener una autorización previa. Si necesita atención de salud mental urgente, llame al plan de salud mental de su condado o a Servicios para miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Puede llamar al plan de salud mental de su condado o a la Organización de Salud del comportamiento de KFHC en cualquier momento, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Para encontrar en línea los números de teléfono gratis de todos los condados, visite <http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx>.

## Atención de emergencia

Para recibir atención de emergencia, llame al **911** o diríjase a la sala de emergencias (Emergency Room, ER) más cercana. Para obtener atención de emergencia, **no** es necesario que obtenga una aprobación previa (autorización previa) de KFHC. Tiene derecho a usar cualquier hospital u otro centro para recibir la atención de emergencia, incluso en Canadá y México. La atención de emergencia y otros cuidados en otros países no están cubiertos.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

La atención de emergencia es para condiciones médicas potencialmente mortales. Esta atención es para una enfermedad o lesión que una persona prudente (razonable) sin experiencia (no un profesional médico) con un conocimiento promedio de salud y de medicina podría anticipar que, si no recibe la atención de inmediato, su salud (o la salud de su bebé no nacido) podría estar en peligro, o corre el riesgo de sufrir daños graves en las funciones de su cuerpo, órganos o parte del cuerpo. Los ejemplos pueden incluir, entre otros:

- Trabajo de parto activo
- Hueso fracturado
- Dolor intenso
- Dolor de pecho
- Dificultad para respirar
- Quemadura grave
- Sobredosis de drogas
- Desmayo
- Sangrado grave
- Condiciones psiquiátricas de emergencia, como una depresión grave o pensamientos suicidas

**No vaya a la sala de emergencias para recibir atención médica de rutina o atención que no sea necesaria de inmediato.** Usted debe obtener atención médica de rutina con su PCP, quien lo conoce mejor. Si no está seguro de que su condición sea una emergencia, llame a su PCP. También puede llamar a la línea de consejos de enfermería al 1-800-391-2000, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si necesita atención de emergencia lejos de casa, diríjase a la sala de emergencias, incluso si no está en la red de KFHC. Si acude a una sala de emergencias, pídale que llamen a KFHC. Usted o el hospital donde lo ingresaron deben llamar a KFHC en el transcurso de 24 horas después de que reciba la atención de emergencia. Si usted está viajando internacionalmente fuera de EE. UU., que no sea en Canadá o México y necesita atención de emergencia, KFHC **no** cubrirá su atención médica.

Si necesita transporte de emergencia, llame al **911**. Antes de dirigirse a la sala de emergencias, no tiene que preguntarle primero a su PCP ni a KFHC.

Si necesita atención médica en un hospital fuera de la red después de su emergencia (atención posterior a la estabilización), el hospital llamará a KFHC.

**Recuerde:** No llame al **911** a menos que sea una emergencia. Obtenga atención de emergencia solo para una emergencia, no para atención médica de rutina ni una enfermedad menor, como un resfriado o dolor de garganta. Si es una emergencia, llame al **911** o vaya a la sala de emergencias más cercana.

**La línea de consejos de enfermería de KFHC le da información y consejos médicos gratis las 24 horas del día, todos los días del año. Llame al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).**

## Línea de consejos de enfermería

La línea de consejos de enfermería de KFHC le da información y consejos médicos gratis las 24 horas del día, todos los días del año. Llame al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711) para:

- Hablar con una enfermera que responderá sus preguntas médicas, le dará consejos sobre la atención y lo ayudará a decidir si debe consultar a un proveedor de inmediato.
- Obtener ayuda con condiciones médicas como diabetes o asma, incluyendo consejería sobre qué tipo de proveedor puede ser adecuado para su condición.

La línea de consejos de enfermería **no puede** ayudar con las citas en la clínica o los surtidos de medicamentos. Llame al consultorio de su proveedor si necesita ayuda.

## Instrucciones anticipadas

Una instrucción médica anticipada es un formulario legal. En él, usted puede indicar qué atención médica quiere en caso de que **no** pueda hablar o tomar decisiones después. Puede indicar qué atención médica no quiere. Puede nombrar a alguien, por ejemplo, a su cónyuge, para que tome decisiones para su atención médica si usted no puede hacerlo.

Puede obtener un formulario de instrucciones anticipadas en las farmacias, los hospitales, los despachos de abogados y los consultorios médicos. Es posible que tenga que pagar por el formulario. También puede encontrar y descargar un formulario gratis en línea. Puede pedirle a su familia, a su PCP o a alguien en quien usted confíe, que le ayuden a completar el formulario.

Usted tiene derecho a que se coloquen sus instrucciones anticipadas en sus expedientes médicos. Tiene derecho de cambiar o cancelar sus instrucciones anticipadas en cualquier momento.

Tiene derecho a saber sobre los cambios en las leyes relacionadas con las instrucciones anticipadas. KFHC le informará sobre los cambios en la ley estatal, en un plazo no mayor de 90 días después del cambio.

Puede llamar a KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) para obtener más información.

## Donación de órganos y tejidos

Los adultos pueden ayudar a salvar vidas al convertirse en donantes de órganos o tejidos. Si usted tiene entre 15 y 18 años de edad, puede convertirse en un donante con el



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## ■ Cómo obtener atención médica

consentimiento por escrito de su padre, madre o tutor legal. Puede cambiar de opinión en cualquier momento sobre ser un donante de órganos. Si quiere obtener más información sobre la donación de órganos o tejidos, hable con su PCP. También puede visitar el sitio web del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://www.organdonor.gov/>.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

# 4. Beneficios y servicios

## Lo que su plan médico cubre

Este capítulo explica sus servicios cubiertos como miembro de KFHC. Sus servicios cubiertos son gratis, siempre y cuando sean médicamente necesarios y los brinde un proveedor dentro de la red. Debe pedirnos una aprobación previa (autorización previa) si recibe la atención médica fuera de la red, excepto para los servicios confidenciales, de emergencias o de atención de urgencia. Su plan médico puede cubrir los servicios médicamente necesarios prestados por un proveedor fuera de la red. Pero debe pedir una aprobación previa (autorización previa) a KFHC. Los servicios médicamente necesarios son aquellos servicios razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado, o para reducir el dolor intenso de una enfermedad, dolencia o lesión que se le haya diagnosticado. Para los miembros menores de 21 años, los servicios de Medi-Cal incluyen la atención que es médicamente necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o condición física o mental. Para obtener más información sobre sus servicios cubiertos, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Los miembros menores de 21 años reciben beneficios y servicios adicionales. Lea el Capítulo 5: Atención preventiva para niños y jóvenes, para obtener más información.

A continuación se listan algunos de los beneficios médicos básicos que brinda KFHC. Es posible que los beneficios marcados con una estrella (\*) necesiten aprobación previa.

- Acupuntura\*
- Terapias y servicios médicos agudos (tratamiento a corto plazo) a domicilio
- Inmunizaciones para adultos (vacunas)
- Inyecciones y pruebas para alergias
- Servicios de ambulancia para una emergencia
- Servicios de anestesiólogos
- Audiología\*
- Tratamientos para la salud del comportamiento\*
- Rehabilitación cardíaca
- Servicios quiroprácticos\*
- Quimioterapia y radioterapia
- Servicios dentales: limitados (prestados por un profesional médico/PCP en un consultorio médico)
- Servicios de diálisis/hemodiálisis
- Equipo médico duradero (durable medical equipment, DME)\*
- Visitas a la sala de emergencias
- Nutrición enteral y parenteral\*
- Visitas al consultorio de planificación familiar y consejería (puede visitar a un



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



- proveedor no participante)
- Servicios y dispositivos de habilitación\*
- Audífonos
- Atención médica en casa\*
- Cuidados de hospicio\*
- Atención médica y quirúrgica para pacientes hospitalizados\*
- Laboratorio y radiología\*
- Terapias y servicios médicos a largo plazo a domicilio\*
- Atención médica para recién nacidos y maternidad
- Trasplante de órganos principales\*
- Transporte médico para casos que no son de emergencia (Non-emergency medical transportation, NEMT)
- Transporte que no es médico (Non-medical transportation, NMT),
- Terapia ocupacional\*
- Ortésico/prótesis\*
- Suministros de ostomía y urología
- Servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios
- Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios
- Cirugía ambulatoria\*
- Cuidados paliativos\*
- Consultas con el PCP
- Servicios pediátricos
- Fisioterapia\*
- Servicios de podología\*
- Rehabilitación pulmonar
- Servicios y dispositivos de rehabilitación\*
- Servicios de enfermería especializada
- Consultas con especialistas
- Terapia del habla\*
- Servicios quirúrgicos
- Telemedicina/Telesalud
- Servicios para personas transgénero\*
- Atención de urgencia
- Servicios para el cuidado de la vista
- Servicios médicos para mujeres

Puede encontrar las definiciones y descripciones de los servicios cubiertos en el Capítulo 8, “Números y palabras importantes que debe conocer”.

***Los servicios médicamente necesarios son aquellos servicios razonables y necesarios para proteger su vida, evitar que se enferme gravemente o quede discapacitado, o para reducir el dolor intenso de una enfermedad, dolencia o lesión que se le haya diagnosticado.***



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**Los servicios médicamente necesarios incluyen los servicios que son necesarios para el crecimiento y desarrollo apropiado para la edad, o para lograr, mantener o recuperar la capacidad funcional.**

**Para los miembros menores de 21 años, un servicio es médicamente necesario si se necesita corregir o mejorar defectos y enfermedades o condiciones físicas y mentales, según el beneficio federal de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT). Esto incluye la atención que es necesaria para corregir o ayudar a aliviar una enfermedad o condición física o mental, o mantener el estado de salud del miembro para evitar que empeore.**

**Los servicios médicamente necesarios no incluyen:**

- Tratamientos que no se probaron o que aún se están probando.
- Servicios o artículos que generalmente no se aceptan como efectivos.
- Servicios fuera del curso normal y la duración del tratamiento o servicios que no tienen pautas clínicas.
- Servicios para la conveniencia del cuidador o proveedor.

KFHC coordinará con otros programas para garantizar que reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si otro programa que no es KFHC cubre esos servicios.

Los servicios médicamente necesarios incluyen servicios cubiertos que son razonables y necesarios para:

- Proteger la vida
- Prevenir enfermedades o discapacidades importantes
- Aliviar el dolor intenso
- Lograr un crecimiento y desarrollo apropiado para la edad; y
- Lograr, mantener y recuperar la capacidad funcional.

Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios incluyen todos los servicios cubiertos, identificados arriba, y cualquier otra atención médica, servicios de diagnóstico, tratamiento y otras medidas necesarias para corregir o mejorar los defectos y las enfermedades y condiciones físicas y mentales, según sea necesario, por el beneficio federal de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (EPSDT).

EPSDT brinda una amplia gama de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para bebés, niños y adolescentes menores de 21 años de bajos ingresos. El beneficio de EPSDT es más sólido que el beneficio para los adultos y está diseñado para asegurar que los niños reciban atención y detección temprana, y para evitar o diagnosticar, o tratar los problemas médicos lo antes posible. El objetivo de EPSDT es garantizar que los niños reciban la atención médica que necesitan cuando la necesitan: la atención adecuada para



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

el niño adecuado, en el momento adecuado y en el entorno adecuado.

KFHC coordinará los servicios con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si otro programa que no es KFHC cubre esos servicios.

## **Beneficios de Medi-Cal cubiertos por KFHC**

### **Servicios para pacientes ambulatorios (servicios ambulatorios)**

#### ***Vacunas para adultos***

Puede obtener inmunizaciones para adultos (vacunas) de un proveedor dentro de la red sin aprobación previa (autorización previa). KFHC cubre las vacunas recomendadas por el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC), incluyendo las vacunas que necesita cuando viaja.

También puede obtener servicios de inmunización para adultos (vacunas) en una farmacia mediante Medi-Cal Rx. Para obtener más información sobre el programa Medi-Cal Rx, lea la sección “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en este capítulo.

#### ***Atención médica para personas con alergias***

KFHC cubre las pruebas y el tratamiento de alergias, incluyendo la desensibilización, la hiposensibilización o la inmunoterapia.

#### ***Servicios de anestesiólogos***

KFHC cubre los servicios de anestesia que sean médicamente necesarios cuando recibe atención médica como paciente ambulatorio. Esto puede incluir anestesia para procedimientos dentales cuando la administre un médico anestesiólogo.

#### ***Servicios quiroprácticos***

KFHC cubre los servicios quiroprácticos, limitados al tratamiento de la columna vertebral mediante manipulación manual. Los servicios quiroprácticos se limitan a dos servicios por mes combinados con servicios de acupuntura, audiolología, terapia ocupacional y terapia del habla (los límites no se aplican a niños menores de 21 años). KFHC puede aprobar previamente otros servicios según sean médicamente necesarios. Estos miembros son elegibles para recibir servicios quiroprácticos:

- Niños menores de 21 años
- Mujeres embarazadas hasta el final del mes que incluye 60 días después de la finalización de un embarazo
- Residentes en un centro de enfermería especializada, centro de atención médica intermedia o centro de atención médica subaguda
- Todos los miembros cuando los servicios se prestan en los departamentos para pacientes ambulatorios de los hospitales del condado, clínicas para pacientes



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

ambulatorios, FQHC o RHC que están dentro de la red de KFHC. No todos los FQHC, RHC u hospitales del condado ofrecen servicios quiroprácticos para pacientes ambulatorios.

### ***Servicios de diálisis/hemodiálisis***

KFHC cubre tratamientos de diálisis. KFHC también cubre los servicios de hemodiálisis (diálisis crónica) si su médico envía una solicitud y KFHC la aprueba.

### ***Operación quirúrgica para pacientes ambulatorios***

KFHC cubre los procedimientos quirúrgicos de pacientes ambulatorios. Aquellos necesarios para fines de diagnóstico, procedimientos considerados electivos y los procedimientos médicos ambulatorios especificados, deben tener aprobación previa (autorización previa).

### ***Servicios de un médico***

KFHC cubre los servicios prestados por un médico que sean médicamente necesarios.

### ***Servicios de podología (pie)***

KFHC cubre los servicios de podología médicamente necesarios para el diagnóstico y el tratamiento médico, quirúrgico, mecánico, manipulativo y eléctrico del pie humano. Esto incluye el tobillo y los tendones que se insertan en el pie y el tratamiento no quirúrgico de los músculos y tendones de la pierna que controlan las funciones del pie.

### ***Terapias de tratamiento***

KFHC cubre terapias de tratamiento diferentes, que incluyen:

- Quimioterapia
- Radioterapia

## **Atención médica para recién nacidos y maternidad**

KFHC cubre estos servicios de atención médica para recién nacidos y maternidad:

- Educación y ayuda para la lactancia materna
- Atención médica para el parto y postparto
- Extractores de leche y suministros
- Atención prenatal
- Servicios en un centro de maternidad
- Enfermera partera certificada (Certified Nurse Midwife, CNM)
- Partera acreditada (Licensed Midwife, LM)
- Diagnóstico y consejería sobre trastornos genéticos fetales
- Servicios de atención al recién nacido

## **Servicios de telesalud**

La telesalud es una forma de recibir servicios sin estar en el mismo lugar físico que su proveedor. La telesalud puede implicar tener una conversación en vivo con su proveedor. O la telesalud puede implicar el compartir información con su proveedor sin tener una



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

conversación en vivo. Puede recibir varios servicios mediante la telesalud. Sin embargo, es posible que la telesalud no esté disponible para todos los servicios cubiertos. Puede comunicarse con su proveedor para saber cuáles tipos de servicios pueden estar disponibles mediante la telesalud. Es importante que usted y su proveedor estén de acuerdo con que el uso de telesalud para un servicio específico es adecuado para usted. Tiene derecho a recibir servicios en persona y no está obligado a usar la telesalud, incluso si su proveedor acepta que es apropiado para usted.

### **Servicios de salud mental**

#### ***Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios***

KFHC cubre la evaluación de salud mental inicial de un miembro, sin necesidad de aprobación previa (autorización previa). En cualquier momento, usted puede obtener una evaluación de salud mental de un proveedor de salud mental autorizado en la red de KFHC sin una referencia.

Su PCP o proveedor de salud mental puede hacer una referencia para un evaluación de salud mental adicional con un especialista dentro de la red de KFHC para determinar su nivel de discapacidad. Si los resultados de la evaluación de salud mental determinan que usted tiene angustia leve o moderada, o que tiene deficiencias en el funcionamiento mental, emocional o del comportamiento, KFHC puede prestar servicios de salud mental.

KFHC cubre servicios de salud mental, como:

- Tratamiento y evaluación de la salud mental individual y en grupo (psicoterapia)
- Pruebas psicológicas cuando se indican clínicamente para evaluar una condición de salud mental
- Desarrollo de la capacidad cognitiva para mejorar la atención, la memoria y la solución de problemas
- Servicios para pacientes ambulatorios con el propósito de supervisar la terapia de medicamentos
- Laboratorio, medicamentos, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios
- Consulta psiquiátrica
- Terapia familiar


Para ayudar a encontrar más información sobre los servicios de salud mental que presta KFHC, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Si los resultados de su evaluación de salud mental determinan que usted tiene mayor nivel de trastorno y necesita servicios especializados de salud mental (specialty mental health services, SMHS), su PCP o el proveedor de salud mental lo referirán al plan de salud mental del condado para que le hagan una evaluación. Para obtener más información, lea “Otros programas y servicios de Medi-Cal” en la página 76.

### **Servicios de emergencia**

#### ***Servicios para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios necesarios para tratar una emergencia médica***

---

 Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711). KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

KFHC cubre todos los servicios necesarios para tratar una emergencia médica que ocurra en los EE. UU. (incluyendo territorios como Puerto Rico, las Islas Vírgenes, etc.) o que requieran que usted esté en un hospital en Canadá o México. Una emergencia médica es una condición con dolor intenso o una lesión grave. La condición es tan grave que, si no se obtiene atención médica inmediata, cualquier persona prudente, sin experiencia médica, puede esperar que resulte en:

- Riesgo grave para su salud; ○
- Daño grave a las funciones corporales; ○
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal; ○
- Trabajo de parto activo (en el caso de una mujer embarazada), que signifique trabajo de parto en un momento en que lo siguiente pudiera pasar:
  - No hay suficiente tiempo para transferirla de manera segura a otro hospital antes del parto
  - La transferencia puede representar una amenaza para su salud o seguridad, o para la salud y la seguridad de su hijo no nacido

Si la sala de emergencias de un hospital le da un suministro para hasta 72 horas de un medicamento recetado para pacientes ambulatorios como parte de su tratamiento, el medicamento recetado estará cubierto como parte de sus servicios de emergencia cubiertos. Si un proveedor de la sala de emergencias de un hospital le da una receta que debe llevar a una farmacia para pacientes ambulatorios para que la surtan, Medi-Cal Rx será responsable de la cobertura de esa receta.

***Si un farmacéutico de una farmacia para pacientes ambulatorios le da un suministro de emergencia de un medicamento, ese suministro de emergencia estará cubierto por Medi-Cal Rx y no por KFHC. Pídale a la farmacia que llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 si necesitan ayuda para darle un suministro de medicamentos de emergencia.***

### ***Servicios de transporte de emergencia***

KFHC cubre servicios de ambulancia para ayudarlo a llegar al lugar de atención médica más cercano en situaciones de emergencia. Esto significa que su condición es lo suficientemente grave que otras maneras de llegar a un lugar de atención médica podrían poner en riesgo su salud o su vida. Ningún servicio está cubierto fuera de EE. UU., excepto los servicios de emergencia por los que sea necesaria su hospitalización en Canadá o México. Si recibe servicios de ambulancia de emergencia en Canadá y México y no está hospitalizado cuando recibe la atención, KFHC no cubrirá los servicios de ambulancia.

### **Hospicio y cuidados paliativos**

KFHC cubre la atención de hospicio y los cuidados paliativos para niños y adultos que ayudan a reducir las molestias físicas, emocionales, sociales y espirituales. Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir los servicios de atención de hospicio y cuidados paliativos al mismo tiempo.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

### **Atención de hospicio**

La atención de hospicio es un beneficio que atiende a los miembros con enfermedad terminal. Para recibir la atención de hospicio, se requiere que el miembro tenga una expectativa de vida de 6 meses o menos. Es una intervención que se centra principalmente en el manejo del dolor y los síntomas, y no en la cura para prolongar la vida. La atención de hospicio incluye:

- Servicios de enfermería
- Servicios de fisioterapia, terapia ocupacional o del habla
- Servicios médicos sociales
- Servicios de asistente de atención médica en casa y amas de casa
- Suministros y aparatos médicos
- Algunos medicamentos y servicios biológicos (algunos pueden estar disponibles mediante FFS de Medi-Cal Rx)
- Servicios de consejería
- Servicios continuos de enfermería de 24 horas durante períodos de crisis y según sea necesario para mantener al miembro enfermo terminal en casa
- Cuidado de relevo para pacientes hospitalizados por hasta cinco días consecutivos a la vez en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de hospicio
- Atención de corto plazo de pacientes hospitalizados para el control del dolor o los síntomas en un hospital, centro de enfermería especializada o centro de hospicio

### **Cuidados paliativos**

Los cuidados paliativos son cuidados centrados en el paciente y la familia que mejoran la calidad de vida al anticipar, prevenir y tratar el sufrimiento. Para recibir cuidados paliativos no se requiere que el miembro tenga una expectativa de vida de seis meses o menos. Los cuidados paliativos se pueden prestar al mismo tiempo que la atención curativa.

Los cuidados paliativos incluyen:

- Planificación anticipada de la atención
- Evaluación y consulta sobre cuidados paliativos
- Plan de atención que incluye, entre otros:
  - Un doctor en medicina u osteopatía
  - Un médico asociado
  - Un enfermero registrado
  - Un enfermero vocacional acreditado o un enfermero de práctica avanzada
  - Un trabajador social
  - Un capellán
- Coordinación de la atención médica
- Manejo del dolor y de los síntomas
- Servicios sociales médicos y de salud mental

Los adultos mayores de 21 años no pueden recibir cuidados paliativos y atención de hospicio al mismo tiempo. Si recibe cuidados paliativos y cumple los requisitos para recibir atención de hospicio, puede solicitar cambiarse a la atención de hospicio en cualquier momento.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Hospitalización

### **Servicios de anestesiólogos**

KFHC cubre los servicios médicamente necesarios de anestesiólogo durante las hospitalizaciones cubiertas. Un anestesiólogo es un proveedor que se especializa en administrar anestesia a los pacientes. La anestesia es un tipo de medicamento que se usa durante algunos procedimientos médicos.

### **Servicios para pacientes hospitalizados**

KFHC cubre atención médicamente necesaria para pacientes hospitalizados cuando le dan ingreso al hospital.

### **Servicios quirúrgicos**

KFHC cubre cirugías médicamente necesarias que se lleven a cabo en un hospital.

## Programa de Extensión Provisional de la Atención Postparto

El programa de Extensión Provisional de la Atención Postparto (Provisional Postpartum Care Extension, PPCE) da cobertura ampliada a los miembros de Medi-Cal que tienen una condición de salud mental materna durante el embarazo o en el período después del embarazo.

KFHC cubre la atención de salud mental materna durante el embarazo y hasta dos meses después de que termine el embarazo. El programa PPCE extiende la cobertura de KFHC hasta 12 meses después del diagnóstico o del final del embarazo, lo que suceda más tarde.

Para calificar para el programa PPCE, su médico debe confirmar su diagnóstico de una condición de salud mental materna dentro de 150 días después del final del embarazo. Pregúntele a su médico sobre estos servicios si piensa que los necesita. Si su médico piensa que debe recibir los servicios de PPCE, su médico completa y envía los formularios por usted.

## Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia)

Este beneficio incluye los servicios y dispositivos para ayudar a las personas que tienen lesiones, discapacidades o condiciones crónicas a obtener o recuperar las capacidades mentales y físicas. El plan cubre:

### **Acupuntura**

KFHC cubre servicios de acupuntura para prevenir, modificar o aliviar la percepción del dolor crónico persistente y grave que es consecuencia de una condición médica generalmente reconocida. Los servicios de acupuntura para pacientes ambulatorios (con o sin estimulación eléctrica de agujas) se limitan a dos servicios por mes, en combinación con servicios de audiología, quiropráctico, terapia ocupacional y terapia del habla cuando los presta un médico, dentista, podólogo o acupunturista (los límites no se aplican a niños menores de 21 años). KFHC puede aprobar previamente (dar una autorización previa) servicios adicionales médicamente necesarios.

---

Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).



KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



### ***Audiología (audición)***

KFHC cubre los servicios de audiología. Los servicios de audiología para pacientes ambulatorios se limita a dos servicios por mes, en combinación con servicios de acupuntura, quiropráctico, terapia ocupacional y terapia del habla (los límites no se aplican a niños menores de 21 años). KFHC puede aprobar previamente (dar una autorización previa) servicios adicionales médicamente necesarios.

### ***Tratamientos de salud del comportamiento***

KFHC cubre los servicios de tratamiento de salud del comportamiento (Behavioral Health Treatment, BHT) para miembros menores de 21 años mediante el beneficio de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment, EPSDT). El BHT incluye servicios y programas de tratamiento, como los programas de análisis del comportamiento aplicado y de intervención conductual basados en la evidencia que desarrollan o restauran, en la medida de lo posible, el funcionamiento de una persona menor de 21 años.

Los servicios de BHT enseñan capacidades a través del uso del refuerzo y la observación del comportamiento, o a través de sugerir enseñar cada paso de un comportamiento específico. Los servicios de BHT se basan en evidencia confiable y no son experimentales. Los ejemplos de los servicios de BHT incluyen intervenciones conductuales, paquetes de intervención conductual cognitiva, tratamiento del comportamiento integral y análisis del comportamiento aplicado.

Los servicios de BHT deben ser médicamente necesarios, ser recetados por un médico o psicólogo autorizado, estar aprobados por el plan y ser proporcionados de manera que cumplan con el plan de tratamiento aprobado.

### ***Rehabilitación cardíaca***

KFHC cubre servicios de rehabilitación cardíaca para pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios.

### ***Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME)***

KFHC cubre la compra o el alquiler de suministros, equipos y otros servicios de DME con la receta de un médico, médico asociado, enfermero de práctica avanzada y especialistas en enfermería clínica. Los artículos de DME recetados pueden ser cubiertos según sea médicamente necesario para preservar las funciones corporales esenciales para las actividades de la vida diaria o para prevenir una discapacidad física mayor.

Generalmente, KFHC no cubre lo siguiente:

- Equipo, características y suministros para la comodidad, conveniencia o de lujo, excepto los extractores de leche disponibles en farmacias, como se describe en “Extractores de leche y suministros”, bajo el título de “Atención médica para recién nacidos y maternidad” en este capítulo.
- Artículos que no se usan para las actividades normales de la vida diaria, como equipos de ejercicio (incluyendo los dispositivos que brindan apoyo adicional a las



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

- actividades recreativas o deportivas).
- Equipo de higiene, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años.
  - Artículos no médicos, como baños de sauna o ascensores.
  - Modificaciones en su hogar o auto.
  - Dispositivos para analizar la sangre u otras sustancias corporales (sin embargo, Medi-Cal Rx cubre los monitores de glucosa en la sangre, las tiras reactivas y las lancetas para la diabetes).
  - Monitores electrónicos para el corazón o los pulmones, excepto los monitores de apnea infantil.
  - Reparación o reemplazo de equipo por pérdida, robo o uso indebido, excepto cuando sea médicamente necesario para un miembro menor de 21 años.
  - Otros artículos que generalmente no se usan para la atención médica

En algunos casos, estos artículos pueden aprobarse con la autorización previa (aprobación previa) enviada por su médico.

### ***Nutrición enteral y parenteral***

Estos métodos para nutrir el cuerpo se usan cuando una condición médica le impide consumir comida de manera normal. Medi-Cal Rx cubre los productos de nutrición enteral y parenteral cuando son médicamente necesarios.

### ***Audífonos***

KFHC cubre los audífonos si le hacen una prueba de pérdida auditiva, los audífonos son médicamente necesarios y usted tiene una receta de su médico. La cobertura se limita al auxiliar de menor costo que cubra sus necesidades médicas. KFHC cubrirá un solo audífono, a menos que se necesite un audífono en cada oído para obtener resultados significativamente mejores que los que puede obtener con un solo auxiliar.

Audífonos para miembros menores de 21 años.

La ley estatal exige que los niños que necesitan audífonos sean referidos al programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS) para determinar si el niño es elegible para recibir los beneficios de CCS. Si el niño es elegible para CCS, CCS cubrirá los costos de los audífonos médicamente necesarios. Si el niño no es elegible para CCS, cubriremos los audífonos médicamente necesarios como parte de la cobertura de Medi-Cal.

Audífonos para miembros mayores de 21 años.

Medi-Cal cubre lo siguiente para cada audífono:

- Moldes para los oídos, necesarios para la adaptación
- Un paquete de batería estándar
- Visitas para asegurarse de que el audífono funcione correctamente



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

- Visitas para limpiar y ajustar su audífono
- Reparación de su audífono

Medi-Cal cubrirá un audífono de reemplazo si:

- Su pérdida auditiva es mayor y su audífono actual no puede corregirla
- Su audífono se perdió, se lo robaron o se rompió y no se puede reparar, y no fue su culpa. Debe darnos una nota que explique lo que sucedió

Para los adultos mayores de 21 años, Medi-Cal no incluye:

- Baterías de repuesto para audífonos

### ***Servicios de atención médica en el hogar***

KFHC cubre servicios médicos brindados en su hogar, cuando los recete su médico o se determine que son médicamente necesarios.

Los servicios médicos en el hogar se limitan a los servicios que cubre Medi-Cal, como:

- Atención de enfermería especializada de tiempo parcial
- Asistente de atención médica en el hogar de tiempo parcial
- Servicios médicos sociales
- Suministros médicos

### ***Suministros médicos, equipo y aparatos***

KFHC cubre los suministros médicos que son recetados por médicos, médicos asociados, enfermeros de práctica avanzada y especialistas en enfermería clínica.

Pago por servicio (Fee-for-Service, FFS) de Medi-Cal Rx cubre algunos suministros médicos en lugar de KFHC. La cobertura de Medi-Cal no incluye lo siguiente:

- Artículos domésticos comunes que incluyen, entre otros:
  - Cinta adhesiva (todos los tipos)
  - Alcohol para frotar
  - Cosméticos
  - Hisopos (cotonetes) y bolas de algodón
  - Polvos para la limpieza
  - Toallitas húmedas
  - Hamamelis (witch hazel)
- Remedios caseros comunes que incluyen, entre otros:
  - Vaselina blanca
  - Aceites y cremas para piel seca
  - Talco y productos combinados con talco
  - Agentes oxidantes, como el peróxido de hidrógeno
  - Peróxido de carbamida y perborato de sodio
- Champús sin receta
- Preparaciones tópicas que tienen pomada de ácido benzoico y ácido salicílico; crema, pomada o líquido de ácido salicílico y pasta de óxido de zinc
- Otros artículos que generalmente no se usan para la atención médica y que las personas que no tienen una necesidad médica específica usan con frecuencia.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**Terapia ocupacional**

KFHC cubre los servicios de terapia ocupacional, incluyendo la evaluación de la terapia ocupacional, la planificación del tratamiento, el tratamiento, la instrucción y los servicios de consulta. Los servicios de terapia ocupacional se limitan a dos servicios por mes, en combinación con servicios de acupuntura, audiología, quiropráctico y terapia del habla (los límites no se aplican a niños menores de 21 años). KFHC puede aprobar previamente (dar una autorización previa) servicios adicionales médicamente necesarios.

**Ortésico/prótesis**

KFHC cubre aparatos ortésicos y protésicos y servicios que sean médicamente necesarios y que los recete su médico, podólogo, dentista o abastecedor de suministros médicos que no sea un médico. Esto incluye los implantes de dispositivos de audición, prótesis de seno/brasieres de mastectomía, prendas y prótesis de compresión para quemaduras, para restaurar la función o reemplazar una parte del cuerpo o para sostener una parte del cuerpo debilitada o deformada.

**Suministros para ostomía y urología**

KFHC cubre bolsas de ostomía, catéteres urinarios, bolsas de drenaje, suministros de irrigación y adhesivos. Esto no incluye suministros para comodidad, conveniencia ni equipo o artículos de lujo.

**Fisioterapia**

KFHC cubre los servicios de fisioterapia que sean médicamente necesarios, incluyendo la evaluación de fisioterapia, la planificación del tratamiento, el tratamiento, la instrucción, los servicios de consulta y la aplicación de medicamentos tópicos.

- **Rehabilitación pulmonar**

KFHC cubre la rehabilitación pulmonar que sea médicamente necesaria y que recete un médico.

- **Servicios en un centro de enfermería especializada**

KFHC cubre los servicios de un centro de enfermería especializada que sean médicamente necesarios si usted está discapacitado y necesita un nivel elevado de atención médica. Estos servicios incluyen habitación y comida en un centro acreditado con atención de enfermería especializada las 24 horas del día.

- **Terapia del habla**

KFHC cubre la terapia del habla que sea médicamente necesaria. Los servicios de terapia del habla se limitan a dos servicios por mes, en combinación con servicios de acupuntura, audiología, quiropráctico y terapia ocupacional (los límites no se aplican a niños menores de 21 años). KFHC puede aprobar previamente (dar una autorización previa) servicios adicionales médicamente necesarios.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Servicios para personas transgénero

KFHC cubre los servicios de transgénero (servicios de afirmación de género) como un beneficio cuando son médicamente necesarios o cuando los servicios cumplen los criterios de la cirugía reconstructiva.

## Ensayos clínicos

KFHC cubre los costos de la atención médica de rutina de los pacientes aceptados en ensayos clínicos de fase I, fase II, fase III o fase IV si se relaciona con la prevención, detección o tratamiento de cáncer u otras condiciones potencialmente mortales y si el estudio es dirigido por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS). Los estudios deben ser aprobados por los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health), la FDA, el Departamento de Defensa (Department of Defense) o la Administración de Veteranos (Veterans Administration). Medi-Cal Rx, un programa de pago por servicio (FFS) de Medi-Cal, cubre la mayoría de los medicamentos con receta para pacientes ambulatorios. Para obtener más información, lea la sección “Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios” más adelante en este capítulo.

## Servicios de laboratorio y radiología

KFHC cubre servicios de radiografías y laboratorio para pacientes hospitalizados y ambulatorios cuando son médicamente necesarios. Varios procedimientos avanzados de diagnóstico por imágenes, como exploraciones de tomografía computarizada (CT), resonancia magnética (MRI) y tomografía por emisión de positrones (PET), están cubiertos en función de una necesidad médica.

## Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas

El plan cubre:

- Vacunas recomendadas por el Comité asesor sobre prácticas de inmunización
- Servicios de planificación familiar
- Recomendaciones “Bright Futures” de la Academia Americana de Pediatría (American Academy of Pediatrics Bright Futures)
- Servicios preventivos para mujeres, recomendados por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (American College of Obstetricians and Gynecologists)
- Ayuda para dejar de fumar, también se llaman servicios para dejar de fumar
- Servicios preventivos recomendados por el Grupo de Servicios Preventivos de Grado A y Grado B de los Estados Unidos (United States Preventive Services Task Force Grade A and B)

Los servicios de planificación familiar se ofrecen a los miembros en edad reproductiva para permitirles determinar la cantidad y el espaciado de los hijos. Estos servicios incluyen todos los métodos anticonceptivos aprobados por la FDA. El PCP y los especialistas en



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

obstetricia y ginecología de KFHC están disponibles para los servicios de planificación familiar.

Para obtener servicios de planificación familiar, también puede elegir un médico o una clínica de Medi-Cal que no estén relacionados con KFHC, sin tener que obtener una aprobación previa (autorización previa) de KFHC. Es posible que no estén cubiertos los servicios de un proveedor fuera de la red que no estén relacionados con la planificación familiar. Para obtener más información, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Lea el Capítulo 5: Atención preventiva para niños y jóvenes, para obtener información sobre atención preventiva para jóvenes de 20 años o menos.

### **Programa de Prevención de la Diabetes**

El programa de prevención de la diabetes (Diabetes Prevention Program, DPP) es un programa de cambio del estilo de vida basado en la evidencia. Está diseñado para prevenir o retrasar el inicio de la diabetes tipo 2 en personas diagnosticadas con prediabetes. El programa dura un año. Puede durar un segundo año para los miembros que califiquen. Los apoyos y técnicas de estilo de vida aprobados por el programa incluyen, entre otros:

- Dar un entrenador de pares
- Enseñar automonitoreo y solución de problemas
- Animar y dar comentarios
- Dar material informativo para apoyar los objetivos
- Seguimiento de ponderación de rutina para ayudar a cumplir los objetivos

Los miembros deben cubrir los requisitos de elegibilidad del programa para unirse a DPP. Llame a KFHC para obtener más información sobre el programa y la elegibilidad.

### **Servicios de reconstrucción**

KFHC cubre la cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo para mejorar o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras normales del cuerpo son aquellas causadas por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, trauma, infección, tumores, enfermedad o reconstrucción de seno después de una mastectomía. Pueden aplicarse algunas limitaciones y excepciones.

### **Servicios de detección de trastornos por consumo de sustancias**

El plan cubre:

- Evaluaciones para detectar el abuso de alcohol y drogas ilícitas

Consulte “Servicios de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias” más adelante en este capítulo para conocer la cobertura de tratamiento mediante el condado.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Beneficios de la vista

El plan cubre:

- Examen de rutina de la vista una vez cada 24 meses; se cubren exámenes de la vista adicionales o más frecuentes si son médicamente necesarios para los miembros, como las personas con diabetes.
- Anteojos (monturas y lentes) una vez cada 24 meses; cuando tenga una receta válida.
- Reemplazo de anteojos dentro de los 24 meses si tiene un cambio en la receta o si pierde, le roban o se rompen sus anteojos (y no se pueden reparar), y no fue su culpa. Debe darnos una nota que explique cómo se perdieron, le robaron o se rompieron sus anteojos.
- Dispositivos para la baja visión, para aquellas personas con una discapacidad visual que no se puede corregir con anteojos estándar, lentes de contacto, medicamentos o cirugía, y que interfieren en la capacidad de la persona para hacer las actividades cotidianas (por ejemplo, degeneración macular relacionada con la edad).
- Lentes de contacto médicamente necesarios.  
Se pueden cubrir las pruebas de lentes de contacto y los lentes de contacto si no puede usar anteojos debido a una enfermedad o condición de los ojos (por ejemplo, le falta una oreja). Las condiciones médicas que califican para la cobertura de lentes de contacto especiales incluyen, entre otras, aniridia, afaquia y queratocono.

## Beneficios de transporte para casos que no son emergencias

Usted tiene derecho a transporte médico si tiene necesidades médicas que no le permiten usar un automóvil, autobús o taxi para ir a sus citas. Se puede dar transporte médico para servicios cubiertos, como citas médicas, dentales, de salud mental, de abuso de sustancias y de farmacia. Si necesita transporte médico, también llamado transporte médico que no es de emergencia (non-emergency medical transportation, NEMT), puede solicitarlo hablando con su médico. Su médico decidirá el tipo correcto de transporte para satisfacer sus necesidades. Si descubren que necesita transporte médico, se lo recetarán completando un formulario y enviarán este formulario a KFHC. Una vez aprobado, el transporte es válido por un año según la necesidad médica. Además, no hay límites para la cantidad de viajes que puede obtener. Su médico deberá reevaluar su necesidad médica de transporte médico y volver a aprobarlo cada 12 meses.

El transporte médico es una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta adaptada para silla de ruedas o transporte aéreo. KFHC permite el transporte médico de menor costo para sus cubrir sus necesidades médicas cuando necesita transporte para llegar a su cita. Eso significa que, por ejemplo, si física o médicamente lo pueden transportar en una camioneta adaptada para silla de ruedas, KFHC no pagará una ambulancia. Usted solo



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

tiene derecho a transporte aéreo si su condición hace imposible que pueda usar cualquier forma de transporte terrestre. Se debe usar transporte médico cuando:

- Es necesario física o médicamente, según lo determinado con una autorización por escrito de un médico u otro proveedor porque usted no puede física o médicamente usar un autobús, taxi, automóvil o camioneta para llegar a su cita.
- Usted necesita ayuda del conductor hacia y desde su residencia, auto o lugar de tratamiento debido a una discapacidad física o mental.

Para solicitar el transporte médico recetado por su doctor para citas no urgentes (de rutina), llame a KFHC al 1-800-391-2000 y elija la opción número 3, al menos 3 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita. Para citas urgentes, llámenos tan pronto como sea posible. Tenga lista su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.

**Límites de transporte médico:** KFHC brinda el transporte médico de menor costo que cubre sus necesidades médicas hasta el proveedor más cercano a su casa, cuando tiene una cita disponible. No se dará transporte médico si el servicio no está cubierto por Medi-Cal. Si Medi-Cal cubre el tipo de cita, pero no lo hace mediante el plan médico, KFHC lo ayudará a programar su transporte. Hay una lista de servicios cubiertos en esta Guía del miembro. No está cubierto el transporte fuera de la red o del área de servicio, a menos que KFHC lo autorice antes. Para obtener más información o para solicitar transporte médico, llame a KFHC al 1-800-391-2000 y elija la opción número 3.

**Costo para el miembro:** No hay ningún costo cuando el transporte lo arregla KFHC.

### **Cómo obtener transporte que no es médico (non-medical transportation, NMT)**

Sus beneficios incluyen transporte a sus citas cuando la cita es para un servicio cubierto por Medi-Cal. Puede obtener transporte, sin costo para usted, cuando:

- Viaja hacia y desde una cita para un servicio de Medi-Cal autorizado por su proveedor; o
- Recoge medicamentos con receta y suministros médicos.

KFHC le permite usar un automóvil, taxi, autobús u otra manera privada/pública para llegar a su cita médica para recibir los servicios cubiertos por Medi-Cal. KFHC cubrirá el costo más bajo del tipo de transporte no médico (NMT) que cubra sus necesidades. A veces, KFHC puede reembolsar los viajes que haga en un auto privado. Debe ser aprobado por KFHC antes de que usted contrate el transporte, y debe decirnos por qué no puede obtener transporte de otras formas, como el autobús. Puede avisarnos llamándonos y hablando al departamento de transporte. No puede conducir usted mismo y recibir un reembolso. El reembolso de millas requiere todo lo siguiente:

- Licencia de conducir del conductor
- Registro del auto del conductor
- Comprobante del seguro de automóvil del conductor



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



Para solicitar transporte para servicios autorizados, llame a KFHC al 1-800-391-2000 y elija la opción número 3, al menos 3 días hábiles (de lunes a viernes) antes de su cita o llame lo antes posible cuando tenga una cita urgente. Tenga lista su tarjeta de identificación de miembro cuando llame.

Nota: Los indios americanos pueden comunicarse con su Clínica Médica Indígena local para solicitar transporte no médico.

**Límites de transporte no médico:** KFHC brinda el transporte no médico de menor costo que cubra sus necesidades hasta el proveedor más cercano a su casa, cuando tenga una cita disponible. Los miembros no pueden conducir ni recibir directamente un reembolso. Para obtener más información, llame a KFHC al 1-800-391-2000 y elija la opción número 3.

KFHC tiene una Política de restricción de pasajeros para viajes compartidos, como Uber, que restringirá este beneficio si hay demasiadas ausencias. Se considera una ausencia si falta a un viaje programado y no lo cancela por lo menos 30 minutos antes de la hora de llegada programada. Si se le restringe, seguirá recibiendo otros tipos de beneficios de NMT, como pases de autobús, según lo determine KFHC. KFHC también puede restringir los viajes compartidos si vemos que hay mal uso del beneficio. El mal uso puede incluir el uso de viajes compartidos para ir hacia o desde un centro de servicio cubierto para otros fines que no sean recibir el servicio cubierto.

### ***El transporte no médico no aplica si:***

- Una ambulancia, camioneta con camilla, camioneta adaptada para silla de ruedas u otra forma de transporte médico es médicamente necesaria para llegar a un servicio cubierto por Medi-Cal.
- Usted necesita ayuda del conductor hacia y desde la residencia, auto o lugar de tratamiento debido a una condición médica o física.
- Usted está en una silla de ruedas y no puede entrar y salir del auto sin ayuda del conductor.
- El servicio no está cubierto por Medi-Cal

**Costo para el miembro:** Cuando KFHC arregla el transporte no médico, no hay ningún costo para usted.

## **Otros programas y beneficios cubiertos por KFHC**

### **Coordinación de la atención médica**

KFHC ofrece servicios de administración de casos para ayudarle a coordinar sus necesidades de atención médica sin costo para usted. KFHC coordinará con otros programas para garantizar que reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si otro programa que no es KFHC cubre esos servicios.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre su salud o la salud de su hijo, llame al (661) 632-



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

## **Administración de la Atención Mejorada**

KFHC cubre los servicios de Administración de la Atención Mejorada (Enhanced Care Management, ECM) para miembros con necesidades muy complejas. ECM es un beneficio que brinda servicios adicionales para ayudarlo a obtener la atención que necesita para mantenerse saludable. Coordina la atención que recibe de diferentes médicos. Los servicios de ECM ayudan a coordinar la atención médica básica, la atención aguda, la salud del comportamiento, el desarrollo, la salud bucal, los servicios y apoyos a largo plazo (long-term services and supports, LTSS) basados en la comunidad y las referencias a los recursos disponibles de la comunidad.

Si califica, es posible que se comuniquen con usted por los servicios de ECM. También puede llamar a KFHC para averiguar cuándo y cómo puede recibir los servicios de ECM. O hable con su proveedor de atención médica, quien puede averiguar si usted califica para recibir los servicios de ECM y cuándo y cómo puede recibirlos.

### **Servicios de ECM cubiertos**

Si califica para recibir servicios de ECM, tendrá su propio equipo de atención, incluyendo un coordinador de la atención médica. Esta persona hablará con usted y sus médicos, especialistas, farmacéuticos, administradores de casos, proveedores de servicios sociales y otros para asegurarse de que todos trabajen juntos para darle la atención que necesita. Un coordinador de la atención médica también puede ayudarlo a encontrar y solicitar otros servicios en su comunidad. Los servicios de ECM incluyen:

- Promoción y participación
- Evaluación integral y administración de la atención
- Coordinación de la atención mejorada
- Promoción de la salud
- Atención integral de transición
- Servicios de apoyo para miembros y familias
- Coordinación y referencias para recibir apoyos comunitarios y sociales

Para saber si los servicios de ECM pueden ser adecuados para usted, hable con su representante de KFHC o su proveedor de atención médica.

### **Costo para el miembro**

No hay ningún costo para el miembro por los servicios de ECM.

### **Apoyos Comunitarios**

Los Apoyos Comunitarios pueden estar disponibles mediante su plan de atención médica individualizado. Los apoyos comunitarios son servicios o centros alternativos médicamente apropiados y rentables a los servicios cubiertos por el Plan Estatal de Medi-Cal. Estos servicios son opcionales para los miembros. Si califica, estos servicios pueden ayudarlo a vivir de manera más independiente. No reemplazan los beneficios que ya recibe bajo



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

Medi-Cal. Algunos ejemplos de apoyos comunitarios incluyen, entre otros, servicios de transición/asistencia para vivienda, servicios de mantenimiento y alquiler de la vivienda, atención de recuperación (cuidado de relevo médico) y remediación del asma. Si necesita ayuda o le gustaría saber qué apoyos comunitarios están disponibles para usted, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711), o llame a su proveedor de atención médica.

### **Trasplante de órganos principales**

#### ***Trasplantes para niños menores de 21 años***

La ley estatal exige que los niños que necesitan trasplantes sean referidos al programa de Servicios para Niños de California (CCS) para ver si el niño es elegible para recibir los beneficios de CCS. Si el niño es elegible para CCS, CCS cubrirá los costos del trasplante y los servicios relacionados. Si el niño no es elegible para CCS, entonces KFHC referirá al niño a un centro de trasplantes calificado para su evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que el trasplante es necesario y seguro, KFHC cubrirá el trasplante y los servicios relacionados.

#### ***Trasplantes para adultos mayores de 21 años***

Si su médico decide que usted necesita el trasplante de un órgano principal, KFHC lo referirá a un centro de trasplantes calificado para una evaluación. Si el centro de trasplantes confirma que un trasplante es necesario y seguro para su condición médica, KFHC cubrirá el trasplante y otros servicios relacionados. Los siguientes trasplantes de órganos principales, cubiertos por KFHC, incluyen entre otros:

- Médula ósea
- Corazón
- Corazón/pulmón
- Riñón
- Riñón/páncreas
- Hígado
- Hígado/intestino delgado
- Pulmones
- Páncreas
- Intestino delgado

### **Otros programas y servicios de Medi-Cal**

#### **Otros servicios que puede recibir a través del programa de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal**

Algunas veces, KFHC no cubre los servicios, pero puede obtenerlos mediante FFS de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal. KFHC coordinará los servicios con otros programas para garantizar que usted reciba todos los servicios médicamente necesarios, incluso si otro programa que no es KFHC cubre esos servicios. Esta sección muestra algunos de estos servicios. Para obtener más información, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios

### *Medicamentos con receta cubiertos por Medi-Cal Rx*

Medi-Cal Rx, un programa de pago por servicio de Medi-Cal, cubre los medicamentos con receta entregados en una farmacia. KFHC puede cubrir algunos medicamentos dados por un proveedor en un consultorio o clínica. Su proveedor puede recetarle medicamentos que están en la Lista de medicamentos por contrato (contract drug list, CDL) de Medi-Cal Rx.

Algunas veces, se necesita un medicamento y no está en la Lista de medicamentos por contrato. Estos medicamentos deben ser aprobados antes de poder surtirlos en la farmacia. Medi-Cal Rx revisará y decidirá estas solicitudes en el transcurso de 24 horas.

- Un farmacéutico de la farmacia para pacientes ambulatorios o de la sala de emergencias del hospital puede darle un suministro de emergencia para 72 horas, si cree que lo necesita. Medi-Cal Rx pagará el suministro de medicamentos de emergencia dados en una farmacia a pacientes ambulatorios.
- Medi-Cal Rx puede rechazar una solicitud que no sea de emergencia. Si eso sucede, le enviarán una carta diciéndole por qué. Le dirán cuáles son sus opciones. Consulte la sección “Quejas” en el Capítulo 6: Cómo informar y solucionar problemas, para obtener más información.

Para saber si un medicamento está en la Lista de medicamentos por contrato o para obtener una copia de la Lista de medicamentos por contrato, llame a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711) o visite el sitio web de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>.

### **Farmacias**

Si está surtiendo o volviendo a surtir una receta, usted debe obtener los medicamentos recetados de una farmacia que trabaje con Medi-Cal Rx. Puede encontrar una lista de farmacias que trabajan con Medi-Cal Rx en el Directorio de farmacias de Medi-Cal Rx en <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>. También puede encontrar una farmacia cerca de usted o una farmacia que pueda enviarle por correo su receta llamando a Medi-Cal Rx al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711).

Una vez que elija una farmacia, lleve su receta. Su proveedor también puede enviar la receta a la farmacia en su nombre. Entréguele a la farmacia su receta con su tarjeta de identificación de beneficios de Medi-Cal (Benefits Identification Card, BIC). Asegúrese de que la farmacia conozca todos los medicamentos que está tomando y cualquier alergia que tenga. Si tiene alguna pregunta sobre su receta, asegúrese de preguntarle al farmacéutico.

Los miembros también pueden recibir servicios de transporte de KFHC para llegar a las farmacias. Para obtener más información sobre los servicios de transporte, lea “Beneficios de transporte” en esta guía.

## Servicios especializados de salud mental

Los planes de salud mental del condado brindan algunos servicios de salud mental, en



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

lugar de KFHC. Estos incluyen los servicios especializados de salud mental (specialty mental health services, SMHS) para los miembros de Medi-Cal que cumplen las reglas de la necesidad médica. Los SMHS pueden incluir estos servicios para pacientes ambulatorios, residenciales y pacientes hospitalizados:

### **Servicios para pacientes ambulatorios:**

- Servicios de salud mental (evaluaciones, elaboración de un plan, terapia, rehabilitación y beneficios colaterales)
- Servicios de apoyo con medicamentos
- Servicios intensivos de tratamiento de día
- Servicios de rehabilitación de día
- Servicios de intervención en casos de crisis
- Servicios de estabilización en casos de crisis
- Servicios de administración de casos específicos
- Servicios conductuales terapéuticos (cubiertos para miembros menores de 21 años)
- Coordinación de la atención médica intensiva (Intensive care coordination, ICC) (cubierta para miembros menores de 21 años)
- Servicios intensivos en la casa (Intensive home-based services, IHBS) (cubiertos para miembros menores de 21 años)
- Crianza temporal terapéutica (Therapeutic foster care, TFC) (cubierta para miembros menores de 21 años)

### **Servicios residenciales:**

- Servicios de tratamiento residencial para adultos
- Servicios de tratamiento residencial en casos de crisis

### **Servicios para pacientes hospitalizados:**

- Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados por casos psiquiátricos agudos
- Servicios profesionales hospitalarios para pacientes psiquiátricos hospitalizados
- Servicios en centros de salud psiquiátrica

Para obtener más información sobre los servicios especializados de salud mental que brinda el plan de salud mental del condado, puede llamar al plan de salud mental de su condado. Para encontrar en línea los números de teléfono gratis de todos los condados, visite [dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx](https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/MHPCContactList.aspx).

## **Servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias**

El condado brinda servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias para los miembros de Medi-Cal que cumplen las reglas de la necesidad médica. A los miembros que son identificados para los servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias se les da una referencia para recibir tratamiento en el departamento de su condado. Para encontrar en línea los números de teléfono de todos los condados, visite [https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD\\_County\\_Access\\_Lines.aspx](https://dhcs.ca.gov/individuals/Pages/SUD_County_Access_Lines.aspx).

Estos servicios de tratamiento de trastornos por consumo de sustancias están disponibles



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

a través de los Servicios de Recuperación y Salud del Comportamiento del Condado de Kern (Kern County Behavioral Health and Recovery Services) que optan por el Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS).

- Servicios para pacientes ambulatorios
- Servicios intensivos para pacientes ambulatorios
- Tratamiento residencial (varios niveles de atención para todos los inscritos, sin limitación de camas)
- Manejo del síndrome de abstinencia
- Servicios de tratamiento por narcóticos
- Servicios de recuperación
- Administración de casos
- Consulta con un médico
- Más tratamientos asistidos por medicamentos (opcional)
- Hospitalización parcial (opcional)

## Servicios dentales

Medi-Cal (a través del Programa Dental de Medi-Cal) cubre algunos servicios dentales, incluyendo:

- Higiene dental preventiva y diagnóstico (como exámenes, radiografías y limpiezas dentales)
- Servicios de emergencias para controlar el dolor
- Extracciones de dientes
- Empastes
- Tratamientos del conducto radicular (anterior/posterior)
- Coronas (prefabricadas/laboratorio)
- Raspado y alisado radicular
- Dentaduras completas y parciales
- Ortodoncia para niños que califiquen
- Fluoruro tópico

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en <https://www.dental.dhcs.ca.gov> or <https://smilecalifornia.org/>.

## Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS)

El programa de Servicios para Niños de California (California Children's Services, CCS) es un programa de Medi-Cal que presta tratamiento a niños menores de 21 años de edad con ciertas condiciones médicas, enfermedades o problemas médicos crónicos y que cumplen las normas del programa de CCS. Si KFHC o su PCP creen que su hijo tiene una condición elegible para obtener CCS, lo referirá al programa de CCS del condado para evaluar su elegibilidad.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

El personal del programa de CCS del condado decidirá si su hijo califica para recibir los servicios de CCS. KFHC no decide la elegibilidad para CCS. Si su hijo califica para obtener este tipo de atención médica, los proveedores de CCS brindarán el tratamiento de la condición que lo hizo elegible para recibir los servicios de CCS. KFHC continuará cubriendo los tipos de servicio que no tengan que ver con la condición médica que lo califica para recibir servicios de CCS, como exámenes físicos, vacunas y chequeos del niño sano.

KFHC no cubre servicios que proporcione el programa de CCS. Para que CCS cubra estos servicios, CCS debe aprobar al proveedor, los servicios y el equipo.

CCS no cubre todas las condiciones médicas. CCS cubre la mayoría de las condiciones médicas que incapacitan físicamente o que se tengan que tratar con medicamentos, cirugía o rehabilitación. CCS cubre a niños con condiciones médicas como:

- Enfermedad cardíaca congénita
- Cánceres
- Tumores
- Hemofilia
- Anemia falciforme
- Problemas de tiroides
- Diabetes
- Problemas renales crónicos graves
- Enfermedad hepática
- Enfermedad intestinal
- Labio leporino/paladar hendido
- Espina bífida
- Pérdida de audición
- Cataratas
- Parálisis cerebral
- Convulsiones bajo ciertas circunstancias
- Artritis reumatoide
- Distrofia muscular
- Sida
- Lesiones graves de la cabeza, el cerebro o la médula espinal,
- Quemaduras graves
- Dientes muy torcidos

Medi-Cal paga los servicios de CCS. Si su hijo no es elegible para recibir los servicios del programa CCS, seguirá recibiendo la atención médicamente necesaria de parte de KFHC.

Para obtener más información sobre CCS, puede visitar la página web de CCS en <https://www.dhcs.ca.gov/services/ccs>. O llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Atención médica institucional a largo plazo

KFHC cubre atención médica a largo plazo para el mes que usted ingrese en un centro y el mes después de ese. KFHC **no** cubre atención médica a largo plazo si se queda por más tiempo.

FFS de Medi-Cal cubre su estadía si dura más de un mes después de que usted ingrese en un centro. Para obtener más información, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

## Servicios que no puede obtener a través de KFHC o Medi-Cal

Hay algunos servicios que no cubrirá KFHC ni Medi-Cal, incluyendo, entre otros:

- Servicios experimentales
- Conservación de la fertilidad
- Fertilización in vitro (IVF)
- Modificaciones de la casa
- Modificaciones de vehículos
- Cirugía cosmética

KFHC puede cubrir un beneficio no cubierto si se indica la necesidad médica. Su proveedor debe enviar una autorización previa a KFHC explicando por qué el beneficio no cubierto es médicamente necesario.

Para obtener más información, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



# 5. Salud General para niños y jóvenes

Los miembros niños y jóvenes menores de 21 años pueden recibir servicios médicos especiales cuando se inscriban. Esto asegura que reciban los servicios preventivos, dentales, de desarrollo y salud mental y especializados adecuados. Este capítulo explica estos servicios.

## Servicios pediátricos (niños menores de 21 años)

Los miembros menores de 21 años tienen cobertura para la atención necesaria. La siguiente lista incluye la atención que es un servicio médicamente necesario para tratar o mejorar los defectos, y el diagnóstico físico y mental. Los servicios cubiertos incluyen:

- Visitas del niño sano y chequeos para adolescentes (visitas importantes que los niños necesitan)
- Inmunizaciones (vacunas)
- Servicios de salud mental (el condado cubre los servicios especializados de salud mental)
- Pruebas de laboratorio, incluyendo análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
- Educación de salud y preventiva
- Servicios para el cuidado de la vista
- Servicios dentales (cubiertos por Medi-Cal Dental)
- Servicios de audición (cubiertos por CCS para niños que califican. KFHC cubrirá los servicios para los niños que no califican para CCS)

Estos servicios se llaman servicios de Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT). Los servicios de EPSDT recomendados por las pautas de los pediatras de Bright Futures para ayudarlo a usted o a su hijo a mantenerse saludables están cubiertos sin costo alguno para usted.

## Chequeos médicos del niño sano y atención preventiva

La atención preventiva incluye chequeos médicos regulares, exámenes de detección para ayudar a su médico a encontrar problemas a tiempo y servicios de consejería para detectar enfermedades o condiciones médicas antes de que causen problemas. Los chequeos regulares le ayudarán a usted o al médico de su hijo a detectar cualquier problema. Los problemas pueden incluir trastornos médicos, dentales, de la vista, del oído, de salud mental y por consumo de sustancias (drogas). KFHC cubre chequeos para detectar problemas (incluyendo la evaluación del nivel de plomo en la sangre) cuando sea necesario, incluso si no es durante su chequeo regular o el de su hijo.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

La atención preventiva también incluye las vacunas que usted o su hijo necesitan. KFHC debe asegurarse de que todos los niños inscritos reciban las vacunas necesarias durante cualquier cita de atención médica. Los servicios de atención preventiva y los exámenes de detección están disponibles sin costo y no requieren aprobación previa (autorización previa).

Su hijo debe recibir chequeos médicos a estas edades:

- 2-4 días después del nacimiento
- 1 mes
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses
- 15 meses
- 18 meses
- 24 meses
- 30 meses
- De 3 a 20 años, una vez al año

Los chequeos médicos del niño sano incluyen:

- Un historial completo y un examen físico de pies a cabeza
- Vacunas adecuadas para la edad (California sigue el Programa de Periodicidad de Bright Futures de la Academia Americana de Pediatría)
- Pruebas de laboratorio, incluyendo análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo
- Educación de la salud
- Examen de la vista y audición
- Examen de la salud bucal
- Evaluación de la salud del comportamiento

Cuando se detecta un problema físico o de salud mental durante un chequeo o evaluación, es posible que brinde atención para corregir o mejorar el problema. Si la atención es médicamente necesaria y KFHC es responsable de pagar la atención médica, entonces KFHC cubre la atención sin costo para usted. Estos servicios incluyen:

- Médico, enfermero de práctica avanzada y atención en el hospital
- Vacunas para mantenerlo saludable
- Fisioterapia, terapia del habla/lenguaje y ocupacional
- Servicios médicos en la casa, que pueden ser equipos, suministros y dispositivos médicos
- Tratamiento para problemas de la vista, incluyendo anteojos
- Tratamiento para problemas de audición, incluyendo audífonos cuando no están cubiertos por CCS
- Tratamiento de salud del comportamiento por trastornos del espectro autista y otras



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

discapacidades del desarrollo

- Administración de casos y educación médica
- Cirugía reconstructiva que es una cirugía para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo por defectos congénitos, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades para mejorar la función o crear una apariencia normal

### **Análisis de sangre para detectar envenenamiento por plomo**

Todos los niños inscritos en KFHC deben hacerse análisis de sangre para detectar el envenenamiento por plomo a los 12 y 24 meses o entre las edades de 36 y 72 meses si no se hicieron el análisis antes.

### **Ayuda para obtener servicios de salud general para niños y jóvenes**

KFHC ayudará a los miembros menores de 21 años y a sus familias a obtener los servicios que necesitan. Un coordinador de atención médica de KFHC puede:

- Informarle sobre los servicios disponibles
- Ayudarlo a encontrar proveedores dentro de la red o proveedores fuera de la red, cuando sea necesario
- Ayudarlo a programar citas
- Arreglar el transporte médico para que los niños puedan llegar a sus citas
- Ayudarlo a coordinar la atención de los servicios que están disponibles mediante pago por servicio (FFS) de Medi-Cal, como:
  - Servicios de tratamiento y rehabilitación para trastornos de salud mental y por consumo de sustancias
  - Tratamiento para problemas dentales, incluyendo la ortodoncia

### **Otros servicios que puede recibir a través del programa de pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medi-Cal u otros programas de Medi-Cal**

#### **Chequeos dentales**

Limpie las encías de su bebé suavemente con un paño todos los días. Aproximadamente entre los cuatro y los seis meses, comenzará la “dentición”, cuando los dientes de leche comiencen a salir. Debe programar una cita para la primera visita al dentista de su hijo cuando le salga el primer diente o antes de su primer cumpleaños, lo que suceda primero. Los siguientes servicios dentales de Medi-Cal son servicios gratis o de bajo costo para:

#### **Bebés de 1 a 4 años**

- Primera visita al dentista del bebé
- El primer examen dental del bebé
- Exámenes dentales (cada 6 meses; cada 3 meses desde el nacimiento hasta los 3 años)



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

- Radiografías
- Limpieza de dientes (cada 6 meses)
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses)
- Empastes
- Extracción de dientes
- Servicios de emergencia
- Servicios para pacientes ambulatorios
- Sedación (si es médicamente necesaria)

### Niños de 5 a 12 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses)
- Radiografías
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses)
- Limpieza de dientes (cada 6 meses)
- Selladores molares
- Empastes
- Tratamientos de conducto
- Servicios de emergencia
- Servicios para pacientes ambulatorios
- Sedación (si es médicamente necesaria)

### Niños de 13 a 17 años

- Exámenes dentales (cada 6 meses)
- Radiografías
- Barniz de fluoruro (cada 6 meses)
- Limpieza de dientes (cada 6 meses)
- Ortodoncia (frenos) para los niños que califiquen
- Empastes
- Coronas
- Tratamientos de conducto
- Extracción de dientes
- Servicios de emergencia
- Servicios para pacientes ambulatorios
- Sedación (si es médicamente necesaria)

Si tiene preguntas o quiere obtener más información sobre los servicios dentales, llame al Programa Dental de Medi-Cal al 1-800-322-6384 (TTY 1-800-735-2922 o 711). También puede visitar el sitio web del Programa Dental de Medi-Cal en <https://smilecalifornia.org/>.

## Servicios adicionales de referencias para educación preventiva

Si le preocupa que su hijo tenga dificultades para participar y aprender en la escuela, hable con el médico de atención primaria de su hijo, los maestros o los administradores de la escuela. Además de los beneficios médicos que cubre KFHC, existen servicios que la escuela debe brindar para ayudar a que su hijo aprenda y no se quede atrás.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Atención preventiva para niños y jóvenes

Algunos ejemplos de los servicios que se pueden brindar para ayudar a que su hijo aprenda incluyen:

- Servicios del habla y del lenguaje
- Servicios psicológicos
- Fisioterapia
- Terapia ocupacional
- Tecnología de asistencia
- Servicios de trabajo social
- Servicios de consejería
- Servicios de enfermería de la escuela
- Transporte hacia y desde la escuela

El Departamento de Educación de California brinda y paga estos servicios. Junto con los médicos y maestros de su hijo, usted puede hacer el plan personalizado que mejor ayudará a su hijo.



---

Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

# 6. Cómo informar y solucionar problemas

Hay dos maneras de informar y solucionar problemas:

- Una **queja** (o **queja formal**) es cuando usted tiene un problema con KFHC o un proveedor, o con la atención médica o el tratamiento que recibió de un proveedor.
- Una **apelación** es cuando usted no está de acuerdo con la decisión de KFHC de cambiar sus servicios o no cubrirlos

Usted tiene derecho a presentar quejas formales y apelaciones ante KFHC para informarnos de su problema. Esto no le quita ninguno de sus recursos ni derechos legales. No discriminaremos ni tomaremos represalias en su contra por quejarse con nosotros. Informarnos sobre su problema nos ayudará a mejorar la atención médica para todos los miembros.

Siempre se debe comunicar primero con KFHC para informarnos sobre su problema. Llámenos de lunes a viernes entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m. al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Cuéntenos su problema.

Si su queja formal o apelación no se resuelve después de 30 días, o si no está contento con el resultado, puede llamar al Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC) y pedir una revisión de su queja o una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR). Para obtener más información, puede llamar a DMHC al 1-888-466-2219 (TTY 1-877-688-9891 o 711) o visitar el sitio web de DMHC: <https://www.dmhc.ca.gov>.

El Defensor de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (Department of Health Care Services, DHCS) también puede ayudar. Ellos pueden ayudar si usted tiene problemas para inscribirse, cambiarse o salirse de un plan médico. También pueden ayudar si usted se mudó y tiene problemas para que transfieran sus beneficios de Medi-Cal a su nuevo condado. Puede llamar al Defensor, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-888-452-8609.

También puede presentar una queja formal ante la oficina de elegibilidad de su condado respecto a su elegibilidad para recibir los beneficios de Medi-Cal. Si no está seguro de ante quién puede presentar una queja formal, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Para reportar información incorrecta de su seguro médico adicional, llame a Medi-Cal, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al 1-800-541-5555.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Quejas

Una queja (o queja formal) es cuando usted tiene un problema o no está satisfecho con los servicios que está recibiendo de KFHC o de un proveedor. No hay límite de tiempo para presentar una queja. Puede presentar una queja ante KFHC en cualquier momento por teléfono, por escrito o en línea.

- **Por teléfono:** Llame a KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., de lunes a viernes. Dé su número de identificación del plan médico, su nombre y el motivo de su queja.
- **Por correo:** Llame a KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) y pida que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación del plan médico y el motivo de su queja. Infórmenos qué sucedió y cómo podemos ayudarlo.

Envíe por correo el formulario a:  
Coordinador de quejas formales  
Kern Family Health Care  
2900 Buck Owens Blvd.  
Bakersfield, CA 93308

El consultorio de su médico tendrá formularios disponibles para quejas.

- **En línea:** Visite el sitio web de KFHC. Consulte <http://www.kernfamilyhealthcare.com>.

Si necesita ayuda para presentar su queja, podemos ayudarlo. Podemos brindarle servicios gratis de idioma. Llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Dentro de los 5 días calendario después de recibir su queja, le enviaremos una carta para avisarle de que la recibimos. Dentro de los siguientes 30 días, le enviaremos otra carta que le indicará cómo resolvimos su problema. Si llama a KFHC por una queja formal que no sea por la cobertura de atención médica, necesidad médica o tratamiento experimental o de investigación, y se resuelve su queja formal al final del siguiente día hábil, es posible que no reciba una carta.

Si quiere que tomemos una decisión rápida porque el tiempo que lleve resolver su queja podría poner en peligro su vida, salud o capacidad de funcionar, puede pedir una revisión expedita (rápida). Para solicitar una revisión rápida, llámenos al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Dentro de las 72 horas después de recibir su queja, tomaremos una decisión sobre cómo manejaremos y resolveremos su queja. Si determinamos que no revisaremos rápido su queja, le avisaremos que la resolveremos dentro de los 30 días.

Las quejas relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de quejas formales de KFHC ni son elegibles para una Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review). Los miembros pueden presentar quejas sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711) o visitando <https://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/>. Pero, las quejas relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetas a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una Revisión Médica Independiente. El número de teléfono gratis de DMHC es 1-888-466-2219 y la línea TTY es 1-877-688-9891. Puede encontrar el formulario de Quejas/Revisión Médica Independiente y las instrucciones en línea en el sitio web de DMHC: <https://www.dmhc.ca.gov/>.

## Apelaciones

Una apelación es diferente a una queja. Una apelación es una solicitud para que revisemos y cambiemos una decisión que tomamos sobre sus servicios. Si le enviamos una carta de Aviso de acción (Notice of Action, NOA) en la que le decimos que estamos denegando, retrasando, cambiando o cancelando un servicio y usted no está de acuerdo con nuestra decisión, puede presentar una apelación. Su PCP u otro proveedor también pueden presentar una apelación por usted con su permiso por escrito.

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días a partir de la fecha en el NOA que le enviamos. Si decidimos reducir, suspender o cancelar un servicio que recibe actualmente, puede continuar recibiendo ese servicio mientras espera que se decida su apelación. Esto se llama Ayuda Pendiente de Pago (Aid Paid Pending). Para recibir Ayuda Pendiente de Pago, debe presentar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha del NOA o antes de la fecha en que dijimos que se cancelarán sus servicios, lo que suceda más tarde. Cuando pide una apelación en estas circunstancias, los servicios continuarán.

Puede presentar una apelación por teléfono, por escrito o en línea:

- **Por teléfono:** Llame a KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., de lunes a viernes. Proporcione su nombre, número de identificación del plan médico y el servicio para el que presenta una apelación.
- **Por correo:** Llame a KFHC al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711) y pida que le envíen un formulario. Cuando reciba el formulario, llénelo. Asegúrese de incluir su nombre, número de identificación del plan médico y el servicio para el que presenta una apelación.

Envíe por correo el formulario a:  
 Coordinador de quejas formales  
 Kern Family Health Care  
 2900 Buck Owens Blvd.  
 Bakersfield, CA 93308

El consultorio de su médico tendrá formularios disponibles para apelación.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



- **En línea:** Visite el sitio web de KFHC. Consulte <http://www.kernfamilyhealthcare.com>.

Si necesita ayuda para presentar una apelación o con la Ayuda Pendiente de Pago, podemos ayudarlo. Podemos brindarle servicios gratis de idioma. Llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

Dentro de los 5 días después de recibir su apelación, le enviaremos una carta para avisarle que la recibimos. En un plazo de 30 días, le comunicaremos nuestra decisión sobre la apelación y le enviaremos una carta de Aviso de resolución de apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR). Si no le comunicamos nuestra decisión sobre la apelación dentro de los 30 días, puede solicitar una audiencia estatal y una IMR. Pero si pide primero una Audiencia estatal, y ya se hizo la audiencia, no puede pedir una IMR. En este caso, la Audiencia estatal tiene la última palabra.

Si usted o su médico quieren que tomemos una decisión rápida porque el tiempo que lleva resolver su apelación pondría poner en peligro su vida, salud o capacidad de funcionar, puede pedir una revisión expedita (rápida). Para pedir una revisión rápida, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711). Tomaremos una decisión dentro de las 72 horas después de recibir su apelación.

## Lo que debe hacer si no está de acuerdo con la decisión sobre una apelación

Si presentó una apelación y recibió una carta NAR avisándole que no cambiamos nuestra decisión, o si nunca recibió una carta NAR y pasaron más de 30 días, usted puede:

- Pedir una **Audiencia estatal** del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, CDSS) y un juez revisará su caso.
- Presentar un formulario de Queja/Revisión Médica Independiente al Departamento de Atención Médica Administrada (Department of Managed Health Care, DMHC) para una revisión de la decisión de KFHC o para pedir una **Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR)** del DMHC. Durante una IMR de DMHC, un médico externo que no sea parte de KFHC revisará su caso. El número de teléfono gratis de DMHC es 1-888-466-2219 y la línea TTY es 1-877-688-9891. Puede encontrar el formulario de Queja/Revisión Médica Independiente y las instrucciones en línea en el sitio web de DMHC: <https://www.dmhc.ca.gov>.

Usted no tendrá que pagar una Audiencia estatal ni una IMR.

Usted tiene derecho a una Audiencia del estado y a una IMR. Pero si pide primero una Audiencia estatal y ya se hizo la audiencia, no puede pedir una IMR. En este caso, la Audiencia estatal tiene la última palabra.

Las secciones de abajo le brindarán más información sobre cómo pedir una Audiencia



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

estatal y una IMR.

KFHC no maneja las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx. Puede presentar quejas y apelaciones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx llamando al 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711).

Sin embargo, las quejas y apelaciones relacionadas con los beneficios de farmacia que no están sujetos a Medi-Cal Rx pueden ser elegibles para una Revisión Médica Independiente.

Si no está de acuerdo con una decisión relacionada con su beneficio de farmacia de Medi-Cal Rx, puede pedir una audiencia estatal. Las decisiones sobre los beneficios de farmacia de Medi-Cal Rx no están sujetas al proceso de IMR con el DMHC.

## Quejas y Revisiones Médicas Independientes (IMR) con el Departamento de Atención Médica Administrada

Una revisión médica Independiente (Independent Medical Review, IMR) es cuando un médico externo que no está relacionado con el plan médico revisa su caso. Si usted quiere una IMR, primero debe presentar una apelación ante KFHC. Si no tiene noticias del plan médico en el transcurso de 30 días calendario, o si no está satisfecho con la decisión de su plan médico, entonces puede pedir una IMR. Debe pedir una IMR en un plazo de 6 meses a partir de la fecha del aviso que se le envió para informarle sobre la decisión de la apelación, pero solo tiene 120 días para pedir una audiencia estatal, así que, si quiere una IMR y una audiencia estatal, debe presentar su queja lo antes posible. Recuerde, si pide primero una Audiencia estatal, y ya se hizo la audiencia, no puede pedir una IMR. En este caso, la Audiencia estatal tiene la última palabra.

Usted puede obtener una IMR de inmediato sin presentar primero una apelación. Esto es para casos en los que el problema médico es urgente.

Si su queja ante DMHC no califica para una IMR, DMHC aún revisará su queja para asegurarse de que KFHC tomó la decisión correcta cuando usted apeló la denegación de los servicios. KFHC debe cumplir las decisiones de la IMR y de la revisión de DMHC.

Cómo pedir una IMR. El término “queja formal” es para “quejas” y “apelaciones”:

El Departamento de Atención Médica Administrada de California es responsable de regular los planes de servicio de atención médica. Si tiene una queja formal contra su plan médico, primero debe llamar a su plan médico al **(661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711)** y usar el proceso de quejas formales de su plan médico antes de comunicarse con el departamento. Usar este procedimiento de quejas formales no prohíbe ningún posible recurso o derecho legal que pueda estar disponible para usted. Si necesita ayuda con una queja formal que involucre una emergencia, una queja formal que su plan médico no resolvió satisfactoriamente,



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

o una queja formal que permaneció sin resolver por más de 30 días, puede llamar al departamento para pedir ayuda. Usted también puede ser elegible para una Revisión Médica Independiente (IMR). Si es elegible para una IMR, el proceso de IMR hará una revisión imparcial sobre las decisiones médicas que tomó el plan médico relacionadas con la necesidad médica de un tratamiento o servicio propuesto, decisiones de cobertura para tratamientos que sean de naturaleza experimental o de investigación y disputas sobre pagos para servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratis (**1-888-466-2219**) y una línea TDD (**1-877-688-9891**) para personas con problemas de audición y del habla. El sitio web de Internet del departamento <https://www.dmhc.ca.gov/> tiene formularios de quejas, formularios de solicitud de IMR e instrucciones en línea.

## Audiencias estatales

Una Audiencia estatal es una reunión con personas del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services, CDSS). Un juez le ayudará a resolver su problema o le dirá que tomamos la decisión correcta. Usted tiene derecho a pedir una Audiencia estatal si ya presentó una apelación con nosotros y todavía no está contento con nuestra decisión, o si no recibió una decisión sobre su apelación después de 30 días.

Debe pedir una Audiencia estatal dentro de los 120 días a partir de la fecha de nuestra carta NAR. Sin embargo, si le damos Ayuda Pendiente de Pago durante su apelación y quiere que dicha ayuda continúe hasta que se tome una decisión sobre su Audiencia estatal, debe solicitar una Audiencia estatal dentro de los 10 días después de nuestra carta NAR o antes de la fecha en que dijimos que se cancelarán sus servicios, lo que suceda más tarde. Si necesita ayuda para asegurarse de que la Ayuda Pendiente de Pago continúe hasta que se tome una decisión final sobre su Audiencia estatal, comuníquese con KFHC entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., de lunes a viernes llamando al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield). Si no puede oír o hablar bien, llame al 711. Su PCP puede pedir una Audiencia estatal por usted con su permiso por escrito.

A veces, puede pedir una Audiencia estatal sin completar nuestro proceso de apelación.

Por ejemplo, puede pedir una Audiencia estatal sin completar nuestro proceso de apelación si no le avisamos correctamente o a tiempo sobre sus servicios. Esto se llama “Agotamiento considerado” (Deemed Exhaustion). Aquí se muestran algunos ejemplos de “Agotamiento considerado”:

- No escribimos una carta NOA en su idioma preferido.
- Cometimos un error que afecta cualquiera de sus derechos.
- No le dimos una carta NOA.
- Cometimos un error en nuestra carta NAR.
- No tomamos una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días. Decidimos que su caso era urgente, pero no respondimos a su apelación dentro de las 72 horas.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

Puede pedir una Audiencia estatal por teléfono o por correo.

- **Por teléfono:** Llame a la Unidad de Respuesta Pública de CDSS al 1-800-952-5253 (TTY 1-800-952-8349 or 711).
- **Por correo:** Llene el formulario que se le proporcionó junto con el aviso de resolución de su apelación.

Envíelo a:

California Department of Social Services  
 State Hearings Division  
 P.O. Box 944243, MS 09-17-37  
 Sacramento, CA 94244-2430

Si necesita ayuda para solicitar una Audiencia estatal, podemos ayudarle. Podemos brindarle servicios gratis de idioma. Llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

En la audiencia, usted dará su punto de vista. Nosotros daremos el nuestro. El juez podría demorar hasta 90 días para tomar una decisión sobre su caso. KFHC debe cumplir con lo que el juez decida.

Si usted quiere que CDSS tome una decisión rápida porque el tiempo que lleva tener una Audiencia estatal podría poner en peligro su vida, salud o capacidad de funcionar, usted o su PCP se pueden comunicar con el CDSS y pedir una Audiencia estatal (rápida). CDSS debe tomar una decisión a más tardar 3 días hábiles después de que reciba de KFHC el archivo del caso completo.

## Fraude, despilfarro y abuso

Si sospecha que un proveedor o una persona que recibe Medi-Cal comete fraude, despilfarro o abuso, tiene derecho a denunciarlos llamando al número gratis y confidencial 1-800-822-6222 o presentando una queja en línea en <https://www.dhcs.ca.gov/>. El fraude, despilfarro y abuso por parte de un proveedor incluye:

- Falsificar expedientes médicos
- Recetar más medicamento del que sea médicamente necesario
- Brindar más servicios de atención médica de los que sean médicamente necesarios
- Facturar por servicios que no se dieron
- Facturar por servicios profesionales cuando un profesional no prestó el servicio
- Dar artículos y servicios gratis o con descuento a los miembros en un esfuerzo por influir en qué proveedor selecciona el miembro
- Cambiar el médico de atención primaria del miembro sin el conocimiento del miembro

El fraude, despilfarro y abuso por parte de una persona que recibe beneficios incluye, entre otros:

- Prestar, vender o dar una tarjeta de identificación del plan médico o una tarjeta de



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

- identificación de beneficios (BIC) de Medi-Cal a otra persona;
- Obtener tratamientos o medicamentos similares o iguales de más de un proveedor
- Ir a una sala de emergencias cuando no sea una emergencia
- Usar el número de Seguro Social o número de identificación del plan médico de alguien más
- Viajar en transporte médico y no médico para servicios no relacionados con la atención médica, para servicios que no están cubiertos por Medi-Cal o cuando no tiene una cita médica ni recetas para recoger.

Para denunciar fraude, despilfarro y abuso, escriba el nombre, la dirección y el número de identificación de la persona que los cometió. Dé tanta información como pueda sobre la persona, por ejemplo, el teléfono o la especialidad si es un proveedor. Proporcione las fechas de los eventos y un resumen de lo que sucedió exactamente.

Envíe su queja a:  
Kern Family Health Care  
2900 Buck Owens Blvd.  
Bakersfield, CA 93308  
Atención: Departamento de Cumplimiento



---

Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

# 7. Derechos y responsabilidades

Como miembro de KFHC, usted tiene ciertos derechos y responsabilidades. Este capítulo explica estos derechos y responsabilidades. En este capítulo también se incluyen avisos legales a los que usted tiene derecho como miembro de KFHC.

## Sus derechos

Los miembros de KFHC tienen estos derechos:

- Ser tratado con respeto y dignidad, teniendo debidamente en cuenta su derecho a la privacidad y la necesidad de mantener la confidencialidad de su información médica.
- Recibir información sobre el plan y sus servicios, incluyendo los servicios cubiertos, los médicos y los derechos y responsabilidades del miembro.
- Hacer recomendaciones sobre la política de derechos y responsabilidades del miembro de KFHC.
- Poder elegir a un proveedor de atención primaria dentro de la red de KFHC.
- Tener acceso oportuno a los proveedores dentro de la red.
- Participar en la toma de decisiones respecto a su propia atención médica, incluido el derecho a rechazar un tratamiento.
- Expresar quejas formales, ya sea verbalmente o por escrito, sobre la organización o la atención recibida.
- Recibir coordinación de la atención médica.
- Pedir una apelación sobre las decisiones de denegar, aplazar o limitar servicios o beneficios.
- Obtener servicios de interpretación sin costo en su idioma.
- Recibir ayuda legal gratis en su oficina de asistencia legal local u otros grupos.
- Formular instrucciones anticipadas.
- Pedir una Audiencia estatal si se deniega un servicio o beneficio y usted ya presentó una apelación ante KFHC y todavía no está satisfecho con la decisión, o si no ha recibido una decisión sobre su apelación después de 30 días, incluyendo información de las circunstancias en que sea posible una audiencia rápida.
- Cancelar la inscripción de KFHC y cambiarse a otro plan médico en el condado a solicitud.
- Tener acceso a los servicios con consentimiento de menores.
- Obtener información para miembros escrita y sin costo, y en otros formatos (como braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles) cuando lo pida y de manera oportuna y apropiada para el formato que se solicita y según la sección 14182 (b)(12) del Código de Bienestar e Instituciones (Welfare & Institutions Code).
- No tener ninguna forma de restricción o reclusión que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Hablar con sinceridad sobre la información de alternativas y opciones de tratamiento disponibles, presentadas de manera apropiada a su condición médica y capacidad



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

de comprender, sin importar el costo o la cobertura.

- Tener acceso y recibir una copia de sus expedientes médicos y pedir que se enmienden o corrijan, como se especifica en el Título 45 del Código de Reglamentos Federales (Code of Federal Regulations) §164.524 y 164.526.
- Tener la libertad de ejercer estos derechos sin afectar negativamente la forma en que lo trate KFHC, los proveedores o el Estado.
- Tener acceso a los servicios de planificación familiar, centros de maternidad independientes, centros médicos federalmente calificados, clínicas médicas para Indios, servicios de comadrona, centros médicos rurales, servicios para enfermedades de transmisión sexual y servicios de emergencias fuera de la red de KFHC según la ley federal.

## Sus responsabilidades


Los miembros de KFHC tienen estas responsabilidades:

- Ser amable y tratar a sus proveedores y al personal de KFHC con respeto
- Darles a sus proveedores y a KFHC información correcta
- Informar a KFHC cuando cambie su dirección, su situación familiar y cuando reciba otros servicios médicos cubiertos
- Hacer y asistir a sus citas médicas
- Comunicarse con su proveedor al menos 24 horas antes o en cuanto sepa que necesita cancelar su cita
- Informarle a su proveedor que usted es miembro de KFHC.
- Llevar su tarjeta de identificación de miembro de KFHC, su identificación con foto y su tarjeta de Medi-Cal a sus citas y mostrársela al personal del consultorio cuando se registre
- Entender sus problemas médicos y participar en la elaboración de los objetivos del tratamiento con su proveedor
- Hacer preguntas sobre condiciones médicas para comprender la explicación de su proveedor y las instrucciones de tratamiento
- Usar la sala de emergencias solamente cuando tenga una emergencia
- Llamar a la línea de consejos de enfermería de KFHC al 1-800-391-2000, disponible las 24 horas del día, 7 los días de la semana, si no está seguro si tiene una emergencia
- Si recibe una factura, llame a Servicios para miembros al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) lo antes posible

## Aviso de no discriminación

La discriminación es contra de la ley. KFHC sigue las leyes de derechos civiles estatales y federales. KFHC no discrimina ilegalmente, no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por su sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación del grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual. KFHC brinda:

---

 Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711). KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

- Ayudas y servicios gratis a las personas con discapacidades para ayudarles a comunicarse mejor, como:
  - Intérpretes calificados en el lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios gratis de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con KFHC entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., de lunes a viernes, llamando al 1-800-391-2000. O, si no puede oír o hablar bien, llame al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California. Si lo solicita, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a:

Kern Family Health Care  
 2900 Buck Owens Boulevard  
 Bakersfield, CA 93308  
 1-800-391-2000  
 711 (**Servicio de Retransmisión de California**)

## Cómo presentar una queja formal

Si cree que KFHC no le dio estos servicios o lo discriminó ilegalmente de otra manera por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, país de origen, identificación del grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, usted puede presentar una queja formal ante un representante de Servicios para miembros. Puede presentar una queja formal por escrito, en persona o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** Comuníquese entre las 8:00 a. m. y las 5:00 p. m., de lunes a viernes, llamando al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield). O, si tiene problemas para oír o hablar, llame al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** Complete un formulario de quejas o escriba una carta y envíelos por correo a:  
 Discrimination Grievance Coordinator  
 Kern Family Health Care  
 2900 Buck Owens Blvd.  
 Bakersfield, CA 93308
- **En persona:** Visite el consultorio de su médico o KFHC y diga que quiere presentar una queja formal.
- **Por vía electrónica:** Visite el sitio web de KFHC en <http://www.kernfamilyhealthcare.com>.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



## Oficina de Derechos Civiles - Departamento de Servicios de Atención Médica de California

También puede presentar una queja de derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o por vía electrónica:

- **Por teléfono:** Llame al 916-440-7370. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al 711 (Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones).
- **Por escrito:** Complete un formulario de quejas o envíe una carta a:  
Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de quejas están disponibles en [https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx).

- **Por vía electrónica:** Envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

## Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU

Si cree que fue discriminado por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por teléfono, por escrito o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar o escuchar bien, llame al TTY 1-800-537-7697 o al 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California.
- **Por escrito:** Complete un formulario de quejas o envíe una carta a:  
U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201


Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

- **Por vía electrónica:** Visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp>.

## Maneras para participar como miembro

KFHC quiere saber de usted. Cada trimestre del año (cada 3 meses), KFHC tiene reuniones para hablar sobre lo que está funcionando bien y cómo puede mejorar KFHC. Los miembros están invitados a asistir. ¡Venga a una reunión!

---

 Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711). KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Comité Asesor de Políticas Públicas y de la Comunidad

KFHC tiene un grupo llamado el Comité de Políticas Públicas y de la Comunidad. El grupo está integrado por miembros de KFHC, representantes de la comunidad y de la atención médica del condado de Kern, un miembro de la Junta Directiva de Kern Health Systems y el personal de KFHC. Puede unirse a este grupo si lo desea. El grupo habla sobre cómo mejorar las políticas de KFHC y es responsable de:

- Diseñar un programa o servicio culturalmente apropiado
- Dar prioridad a programas de asistencia y educación sobre la salud
- Planificar campañas y material de mercadeo
- Presentar recursos e información de la comunidad
- Asesorar sobre asuntos educativos y operativos que afectan a los miembros con dominio limitado del inglés (Limited English Proficient, LEP)
- Asesorar sobre asuntos culturales y lingüísticos

Si gusta formar parte de este grupo, llame al (661) 632-1590 (Bakersfield) o al 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711).

## Aviso de prácticas de privacidad

HAY DISPONIBLE UNA DECLARACIÓN QUE DESCRIBE LAS POLÍTICAS Y LOS PROCEDIMIENTOS DE KFHC PARA PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS EXPEDIENTES MÉDICOS Y SE LE ENTREGARÁ EN EL MOMENTO DE PEDIRLA.

**EN ESTE AVISO SE DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR SU INFORMACIÓN MÉDICA. EN ESTE AVISO TAMBIÉN SE DESCRIBE CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Aceptamos respetar los términos de este Aviso de prácticas de privacidad. Tenemos el derecho de cambiar los términos de este aviso y hacer el nuevo aviso efectivo para toda la información médica que poseamos. Si necesitamos hacer cualquier cambio, le enviaremos por correo un aviso actualizado.

### *¿Por qué se incluye este aviso en esta guía?*

La ley obliga a KFHC a mantener de forma privada su información médica. También estamos obligados a informarle cómo protegemos su información médica protegida (Protected Health Information, PHI).

### *¿Cómo KFHC usa y comparte mi información médica?*

KFHC guarda los expedientes relacionados con su salud, que incluyen su:

- Historial de reclamos
- Información de inscripción en el plan médico
- Expedientes de administración de casos, y
- Autorizaciones previas de cobertura de servicios médicos.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

Usamos esta información y la compartimos con otras personas por las siguientes razones:

- **Tratamiento.** KFHC usa su información médica para planificar su atención médica. Por ejemplo, compartimos su información médica con hospitales, clínicas, médicos y otros proveedores de atención médica para ayudarlos a que le presten servicios a usted.
- **Pago.** KFHC usa y comparte su información médica para pagar los servicios médicos que usted reciba. Por ejemplo, les decimos a los proveedores que usted es miembro de KFHC y les informamos sobre sus beneficios.
- **Operaciones de atención médica.** KFHC usa y comparte su información médica, cuando sea necesario, para ayudarnos a ejecutar nuestro plan médico. Por ejemplo, usamos los datos de reclamos de nuestros miembros para nuestras actividades contables internas y para fines de calidad.
- **Contratistas y agentes.** Compartimos información médica con nuestros contratistas y agentes que nos ayudan en las tareas que se indicaron arriba. Obtenemos acuerdos de confidencialidad antes de compartir información para fines de pago o comerciales. Por ejemplo, es posible que las compañías que proporcionan o mantienen nuestros servicios informáticos tengan acceso a información médica computarizada cuando nos presten servicios.
- **Comunicación con usted.** Nos podemos comunicar con usted para darle recordatorios de citas o información de tratamientos disponibles para usted. También podemos comunicarnos con usted respecto a otros servicios relacionados con la salud.

### ***¿Pueden obtener información sobre mí otros que participen en mi atención médica?***

Sí, si creemos que es necesario, revelaremos información médica a un amigo o familiar que esté involucrado en su atención médica y que tenga el permiso legal para recibir su información médica. Esto incluye responder llamadas telefónicas sobre el estado de la elegibilidad y los reclamos. KFHC solo compartirá su información con una persona involucrada en su atención médica:

- Cuando usted nos diga que podemos hacerlo verbalmente o por escrito
- Cuando la persona nos ha dado una prueba de que está legalmente autorizada para recibir su información médica, como un poder legal o tutela
- Si usted no puede darnos su permiso, por ejemplo, si está inconsciente, podemos compartir su información si creemos que es lo mejor para usted
- O en su mejor interés, para reducir una amenaza grave e inminente para su salud

### ***¿Alguna vez se puede revelar mi información médica sin mi permiso?***

Sí, podemos compartir información médica sin su consentimiento. Además de las razones que ya se indicaron, la información médica se puede compartir con agencias gubernamentales y con otros, en ocasiones en que estemos obligados o que lo autorice la ley. La siguiente es una lista de situaciones en las que se nos puede exigir o permitir que compartamos información médica sin su consentimiento:

- Revelaciones que la ley estatal o federal exige
- A agencias responsables de regir el sistema de atención médica, para auditorías,

inspecciones o investigaciones

- Al recibir una orden judicial o a un tribunal, investigador o abogado para casos sobre el funcionamiento de Medi-Cal. Esto puede involucrar fraude o acciones para recuperar dinero de otros cuando Medi-Cal haya pagado sus reclamos médicos

### ***¿Alguna vez no se revelará mi información médica protegida (Protected Health Information, PHI)?***

Su información médica puede estar cubierta conforme a las leyes que pueden limitar o impedir algunos usos o revelaciones. Por ejemplo, hay limitaciones para compartir información médica relacionada con:

- Estado de VIH/SIDA
- Tratamientos de salud mental
- Notas de psicoterapia
- Discapacidades del desarrollo, y
- Tratamiento por consumo de drogas y alcohol

Cumplimos estos límites en nuestro uso de su información médica.

No permitiremos la venta de la PHI u otros usos ni intercambios de su información médica sin su consentimiento por escrito.

### ***¿Qué derechos tengo como miembro de KFHC?***

Como miembro tiene los siguientes derechos:

- Tiene el derecho a que se le avise en caso de una violación de la PHI no protegida.
- Tiene el derecho a pedirnos que limitemos ciertos usos e intercambios de su información médica. Sin embargo, KFHC no está obligado a aceptar cualquier restricción que pidan sus miembros.
- Usted tiene el derecho a pedir que su información médica se use o comparta de manera diferente a la que se describe aquí y tiene el derecho de cambiar de opinión en cualquier momento dándonos su permiso por escrito.
- Tiene derecho a pedir que su información médica se comparta con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Usted tiene el derecho a compartir su información médica en una situación de alivio de desastres.
- Tiene derecho a decirnos que nos comuniquemos con usted para recaudar fondos.
- Tiene el derecho a pedirnos que nos comuniquemos con usted solamente por escrito o en una dirección diferente, un apartado postal o por teléfono. Aceptaremos una solicitud razonable cuando sea necesaria para proteger su privacidad.
- Tiene el derecho a ver y copiar sus expedientes médicos que tenga KFHC. Debemos recibir su solicitud por escrito. Responderemos a su solicitud en el transcurso de 30 días. Si sus expedientes están guardados en otro lugar, permítanos 60 días para que le respondamos. Podemos cobrar una cuota para cubrir el costo de copiar sus expedientes. KFHC puede denegar su solicitud. Si se deniega su solicitud, le daremos la razón del porqué por escrito. Tiene el derecho a



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

apelar la denegación.

- Si cree que la información que está en nuestros expedientes es incorrecta, tiene el derecho de pedirnos que la cambiemos. Podemos denegar su solicitud. Si se deniega su solicitud, tiene el derecho de presentar una declaración para que se coloque en el expediente.
- Tiene el derecho de recibir un informe sobre el intercambio no rutinario de su información médica que hayamos hecho. Su solicitud puede ser hasta de seis años antes de la fecha de su solicitud. Existen algunas limitaciones. Por ejemplo, no tenemos expedientes de:
  - Información compartida con su consentimiento
  - Información compartida para los fines de tratamiento de atención médica, revisión del pago por servicios médicos o realización de las operaciones del plan médico de KFHC
  - Información compartida con usted; y algunas otras revelaciones

### ***¿Cómo ejerzo estos derechos?***

Puede ejercer cualquiera de sus derechos si envía una carta por escrito a nuestro Director de Privacidad a la dirección que se indica abajo. Para ayudar con el proceso de su solicitud, llámenos al teléfono que también se indica abajo.

### ***¿Cómo presento una queja formal si se violan mis derechos de privacidad?***

Tiene el derecho de presentar una queja formal ante nuestro Director de Privacidad. También puede presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos.

KFHC no tendrá nada en su contra de ninguna manera por presentar una queja formal. Presentar una queja formal no afectará la calidad de los servicios médicos que recibe como miembro de KFHC.

### **Comuníquese con KFHC en:**

Privacy Officer, Kern Family Health Care

Dirección de correo: 2900 Buck Owens Blvd, Bakersfield, CA 93308

Teléfono: 661-632-1590 (Bakersfield) or 1-800-391-2000 (outside of Bakersfield)

### **Comuníquese con el DHCS en:**

DHCS Privacy Officer, Kern Family Health Care

1501 Capitol Avenue, MS0010,

PO Box 997413, Sacramento, CA 95899-7413

Teléfono: 916-445-4646

Llamada sin costo: 1-866-866-0602

Correo electrónico: [DHCSprivacyofficer@dhcs.ca.gov](mailto:DHCSprivacyofficer@dhcs.ca.gov)



---

Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**Comuníquese con la Secretaría de Salud y Servicios Humanos en:**

Secretary of Health and Human Services, Office for Civil Rights  
 200 Independence Avenue SW  
 Room 509F, HHH Building  
 Washington, DC 20201

**Aviso sobre leyes**

Muchas leyes se aplican a esta Guía del miembro. Estas leyes pueden afectar sus derechos y responsabilidades, aun si las leyes no están incluidas o explicadas en esta guía. Las leyes principales que se aplican a esta guía son leyes estatales y federales sobre el programa Medi-Cal. Es posible que también se apliquen otras leyes federales y estatales.

**Aviso sobre Medi-Cal como pagador de última instancia, otra cobertura médica y recuperación de agravios**

El programa Medi-Cal cumple las leyes estatales y federales y las regulaciones relacionadas con la responsabilidad legal de terceros para prestar servicios de atención médica a los miembros. KFHC tomará todas las medidas razonables para asegurarse de que el programa Medi-Cal sea el pagador de última instancia.

Los miembros de Medi-Cal pueden tener otra cobertura médica (OHC), también conocida como seguro médico privado. Como condición para la elegibilidad de Medi-Cal, usted debe solicitar o retener cualquier OHC disponible cuando no tenga costo para usted.

Las leyes federales y estatales exigen que los miembros de Medi-Cal avisen si tienen OHC y cualquier cambio a su OHC. Si usted no informa al OHC de inmediato, es posible que deba reembolsar al DHCS los beneficios que se pagaron por error. Envíe su OHC en línea en <http://dhcs.ca.gov/OHC>. Si no tiene acceso a la Internet, puede avisar del OHC a su plan médico o llamar al 1-800-541-5555 (TTY 1-800-430-7077 o 711; dentro de California), o al 1-916- 636-1980 (fuera de California). El DHCS tiene el derecho y la responsabilidad de cobrar por los servicios cubiertos de Medi-Cal, de los que Medi-Cal no es el primer pagador. Por ejemplo, si se lesiona en un accidente automovilístico o en el trabajo, es posible que el seguro de compensación laboral o del automóvil tenga que pagar primero o reembolsar a Medi-Cal.

Si se lesiona y otra parte es responsable de su lesión, usted o su representante legal deben avisar al DHCS dentro de los 30 días después de la presentación de una acción legal o un reclamo. Presente su aviso en línea:

- Programa de lesiones personales en <http://dhcs.ca.gov/PI>
- Programa de recuperación de la Compensación de los trabajadores en <http://dhcs.ca.gov/WC>

Para obtener más información, llame al 1-916-445-9891.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Aviso sobre la recuperación de patrimonio

El programa Medi-Cal debe pedir que se reembolse del patrimonio de ciertos miembros fallecidos de Medi-Cal los pagos hechos, incluyendo las primas de atención administrada por servicios en centros de enfermería, servicios en la casa y en la comunidad, y servicios hospitalarios y de medicamentos con receta relacionados con el miembro fallecido de Medi-Cal después de que el miembro cumpla 55 años. Si un miembro fallecido no deja patrimonio o no tiene nada cuando muere, no se deberá nada.

Para obtener más información sobre la recuperación de patrimonio, vaya a <http://dhcs.ca.gov/er>. O llame al 1-916-650-0490 u obtenga consejería legal.

## Aviso de acción

KFHC le enviará una carta de Aviso de acción (Notice of Action, NOA) en cualquier momento que KFHC deniegue, retrase, cancele o modifique una solicitud para prestar servicios de atención médica. Si no está de acuerdo con la decisión del plan, siempre puede presentar una apelación ante KFHC. Consulte la sección “Apelaciones” arriba para obtener información importante sobre cómo presentar su apelación. Cuando KFHC le envía un Aviso de acción (NOA) le informará de todos los derechos que usted tiene si no está de acuerdo con la decisión que tomamos.



---

Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

# 8. Números y palabras importantes que debe conocer

## Teléfonos importantes

- Servicios para miembros de KFHC: (661) 632-1590 (Bakersfield) o 1-800-391-2000 (fuera de Bakersfield) (TTY/TDD 711)
- Medi-Cal Rx: 800-977-2273 (TTY 800-977-2273 y presione 5, o 711)
- Plan de servicios de la vista: 1-800-877-7195
- Denti-Cal: 1-800-322-6384
- Salud del Comportamiento de Kern: (661) 868-8080
- Línea directa en caso de crisis: 1-800-991-5272

## Palabras que debe conocer

**Administrador de casos:** enfermero registrado o trabajador social que puede ayudarle a entender problemas médicos importantes y coordinar la atención médica con sus proveedores.

**Aguda:** dicho de una condición, que es repentina, necesita de atención médica rápida y no dura mucho tiempo.

**Aparato ortésico:** aparato que se usa como apoyo o corrector que se fija externamente al cuerpo para apoyar o corregir una parte del cuerpo gravemente enferma o lesionada y que es médicamente necesario para la recuperación médica del miembro.

**Aparato protésico:** aparato artificial sujetado al cuerpo para reemplazar una parte faltante del cuerpo.

**Apelación:** solicitud de un miembro para que KFHC revise y cambie una decisión tomada sobre la cobertura de un servicio pedido.

**Aprobación previa (o autorización previa):** Su PCP u otros proveedores deben obtener una aprobación de KFHC antes de que usted reciba ciertos servicios. KFHC solamente aprobará los servicios que usted necesita. KFHC no aprobará servicios de proveedores no participantes si KFHC cree que usted puede obtener servicios similares o más apropiados mediante proveedores de KFHC. Una remisión no es una aprobación. Usted debe obtener la aprobación de KFHC.

**Área de servicio:** área geográfica en la que KFHC presta servicios. Esto incluye el condado de Kern.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



**Asistente de atención médica en casa:** atención de enfermería especializada y otros servicios que se dan en el domicilio.

**Asistentes de atención médica en casa:** proveedores que le dan atención de enfermería especializada y otros servicios en el domicilio.

**Atención ambulatoria en el hospital:** atención médica o quirúrgica dada en un hospital sin que se le admita como paciente hospitalizado.

**Atención de enfermería especializada:** servicios cubiertos de enfermeras, técnicos o terapeutas con licencia, prestados durante una estancia en un centro de enfermería especializada o en la casa de un miembro.

**Atención de hospicio:** atención médica para reducir los malestares físicos, emocionales, sociales y espirituales de un miembro con una enfermedad terminal. La atención de hospicio está disponible cuando el miembro tiene una expectativa de vida menor de 6 meses.

**Atención de urgencia (o servicios urgentes):** servicios que se dan para tratar una enfermedad, lesión o condición que no es de emergencia y que requiere atención médica. Usted puede recibir atención de urgencia de un proveedor fuera de la red si los proveedores dentro de la red no están disponibles o accesibles temporalmente.

**Atención médica a largo plazo:** atención médica en un centro por más de un mes a partir de la fecha del ingreso.

**Atención médica básica:** Vaya a “Atención médica de rutina”.

**Atención médica de rutina:** servicios médicamente necesarios y atención preventiva, visitas de niño sano o atención médica como seguimiento de rutina. El objetivo de la atención médica de rutina es prevenir los problemas de salud.

**Atención médica de seguimiento:** atención médica regular para verificar la evolución de un paciente después de una hospitalización o durante el curso de un tratamiento.

**Atención médica para pacientes ambulatorios:** cuando no tiene que quedarse durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

**Atención médica para pacientes hospitalizados:** cuando tiene que quedarse durante la noche en un hospital u otro lugar para recibir la atención médica que necesita.

**Autorización previa (aprobación previa):** proceso formal que exige que un proveedor de atención médica obtenga una aprobación para hacer procedimientos o prestar servicios específicos.

**Beneficios:** servicios de atención médica y medicamentos cubiertos conforme a este plan médico.

**Cancelación de la inscripción:** dejar de usar este plan médico porque usted ya no califica o porque se cambia a un nuevo plan médico. Usted debe firmar un formulario que diga que ya no quiere usar este plan médico o llamar a HCO y cancelar la inscripción por teléfono.

**Centro de enfermería especializada:** lugar que da atención de enfermería las 24 horas del día que solamente los profesionales de la salud capacitados pueden dar.

**Centro médico federalmente calificado (Federally Qualified Health Center, FQHC):** centro médico en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede obtener atención preventiva y primaria en un FQHC.

**Centros de maternidad independientes (Freestanding Birth Centers, FBC):** centros médicos donde se planifica que el parto sea fuera de la residencia de la mujer embarazada, que están autorizados o aprobados por el estado para prestar atención prenatal y de parto o postparto y otros servicios ambulatorios incluidos en el plan. Esos centros no son hospitales.

**Cirugía reconstructiva:** operación para corregir o reparar estructuras anormales del cuerpo para mejorar la función o crear una apariencia normal en la medida de lo posible. Las estructuras anormales del cuerpo son las causadas por un defecto congénito, anomalías del desarrollo, traumatismos, infecciones, tumores o enfermedades.

**Clínica médica rural (Rural Health Clinic, RHC):** centro médico en un área que no tiene muchos proveedores de atención médica. Puede obtener atención preventiva y primaria en un RHC.

**Clínica:** centro que los miembros pueden seleccionar como proveedor de atención primaria (PCP). Puede ser un centro médico federalmente calificado (FQHC), una clínica de la comunidad, una clínica médica rural (RHC), un proveedor de atención médica indígena (IHCP) u otro centro de atención médica básica.

**Cobertura (servicios cubiertos):** servicios de atención médica prestados a los miembros de KFHC, sujetos a los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato de Medi-Cal y como se indica en esta Evidencia de cobertura (EOC) y cualquier enmienda.

**Cobertura para medicamentos con receta:** cobertura para medicamentos que recete un proveedor.

**Condición crónica:** enfermedad o problema médico que no se puede curar por completo o que empeora con el tiempo o que se debe tratar para que no empeore.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**Condición de emergencia:** condición médica o mental con síntomas graves, como trabajo de parto activo (ver la definición arriba) o dolor intenso, que alguien sin experiencia, pero con conocimiento razonable de salud y medicina, pudiera creer que no recibir atención médica inmediata podría:

- Poner en grave peligro su salud o la salud de su bebé no nacido
- Causar un daño a una función corporal
- Causar que un órgano o parte corporal no funcione bien

**Condición psiquiátrica de emergencia:** trastorno mental en el que los síntomas son intensos o lo suficientemente graves para causar un peligro inminente para usted mismo o para los demás, o usted queda inmediatamente incapacitado para dar o usar comida, albergue o ropa debido al trastorno mental.

**Continuidad de la atención médica:** capacidad de un miembro del plan para obtener servicios de Medi-Cal de su proveedor existente hasta por 12 meses, si el proveedor y KFHC están de acuerdo.

**Coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB):** proceso de determinar cuál cobertura de seguro médico (Medi-Cal, Medicare, seguro comercial u otro) tiene las responsabilidades principales de tratamiento y pago para los miembros con más de un tipo de cobertura de seguro médico.

**Copago:** pago que usted hace, generalmente en el momento de recibir el servicio, además del pago de la aseguradora.

**Cuidados paliativos:** atención médica para reducir los malestares físicos, emocionales, sociales y espirituales para un miembro con una enfermedad grave. Los cuidados paliativos no requieren que el miembro tenga una esperanza de vida menor de 6 meses.

**Detección, Diagnóstico y Tratamiento Temprano y Periódico (Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment, EPSDT):** Los servicios de EPSDT son un beneficio para los miembros de Medi-Cal menores de 21 años para mantenerlos saludables. Los miembros deben hacerse los chequeos médicos adecuados para su edad y exámenes adecuados para detectar problemas médicos y tratar enfermedades de manera temprana, y cualquier tratamiento para atender o aliviar las condiciones que se puedan encontrar en los chequeos.

**Departamento de Servicios de Atención Médica de California (Department of Health Care Services, DHCS):** Es la oficina estatal que supervisa al programa de Medi-Cal.

**Directorio de proveedores:** lista de proveedores en la red de KFHC.

**Departamento de Atención Médica Administrada de California (California Department of Managed Health Care, DMHC):** Es la oficina estatal que supervisa los planes médicos



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

de atención médica administrada.

**Enfermedad grave:** enfermedad o condición que se debe tratar y que podría ocasionar la muerte.

**Enfermedad terminal:** condición que no se puede revertir y que muy probablemente cause la muerte en el transcurso de un año o menos, si la enfermedad sigue su curso natural.

**Enfermera partera certificada (Certified Nurse Midwife, CNM):** persona autorizada como enfermera registrada y certificada como enfermera partera por la Junta de Enfermeros Registrados de California. Una enfermera partera certificada puede atender casos de partos normales.

**Equipo médico duradero (Durable Medical Equipment, DME):** equipo que es médicamente necesario y que lo ordena su médico u otro proveedor. KFHC decide si el DME se compra o se alquila. Los costos de alquiler no deben ser mayores que el costo para comprarlo. La reparación del equipo médico está cubierta.

**Especialista (o médico especializado):** médico que trata ciertos tipos de problemas de atención médica. Por ejemplo, un cirujano ortopédico trata huesos fracturados; un alergista trata alergias; y un cardiólogo trata problemas del corazón. En la mayoría de los casos, usted necesitará una referencia de su PCP para consultar a un especialista.

**Formulario:** lista de medicamentos o artículos que cumplen ciertos criterios y están aprobados para los miembros.

**Fraude:** acto intencional para engañar o tergiversar por parte de una persona que sabe que el engaño podría resultar en algunos beneficios no autorizados para la persona o para alguien más.

**Hogar médico:** modelo de atención médica que dará mejor calidad de atención médica, mejorará el autocontrol de los miembros sobre su propia atención médica y reducirá costos evitables con el tiempo.

**Hospital participante:** hospital autorizado que tiene un contrato con KFHC para prestar servicios a los miembros en el momento en que un miembro recibe atención médica. Los servicios cubiertos que algunos hospitales participantes pueden ofrecer a los miembros están limitados por las políticas de KFHC de aseguramiento de calidad y de revisión de la utilización o por el contrato de KFHC con el hospital.

**Hospital:** lugar en donde usted como paciente hospitalizado o paciente ambulatorio obtiene atención médica de médicos y enfermeros.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**Hospitalización:** admisión a un hospital para recibir tratamiento como paciente hospitalizado.

**Indio americano:** persona definida en el título 25 del Código de EE. UU. secciones 1603(c), 1603(f), 1679(b) o que se determine que es elegible, como indio, según 42 C.F.R. 136.12 o Título V de la Ley de Mejoramiento de la Atención Médica Indígena, para recibir servicios de atención médica de proveedores de atención médica indígena (Servicio Médico Indígena, una Tribu Indígena, Organización Tribal u Organización Indígena Urbana – I/T/U) o mediante referencia de Servicios médicos con contrato.

**Lista de medicamentos con contrato (Contract Drug List, CDL):** lista de medicamentos aprobada por Medi-Cal Rx de la que su médico puede ordenar los medicamentos cubiertos que usted necesita.

**Medi-Cal Rx:** servicio de beneficios de farmacia de FFS Medi-Cal llamado “Medi-Cal Rx” que da beneficios y servicios de farmacia, incluyendo los medicamentos con receta y algunos suministros médicos, a todos los beneficiarios de Medi-Cal.

**Médicamente necesario (o necesidad médica):** La atención médicamente necesaria son servicios importantes que son razonables y protegen la vida. Esta atención médica es necesaria para evitar que los pacientes enfermen de gravedad o queden discapacitados. Esta atención reduce el dolor intenso tratando la enfermedad, dolencia o lesión. Para los miembros menores de 21 años, los servicios médicamente necesarios de Medi-Cal incluyen la atención que es médicamente necesaria para solucionar o aliviar una enfermedad o condición física o mental, incluyendo los trastornos por consumo de sustancias, como se establece en la sección 1396d(r) del Título 42 del Código de los Estados Unidos.

**Medicamento fuera del formulario:** medicamento que no está en la lista del formulario.

**Medicamentos con receta:** medicamento que exige legalmente una orden de un proveedor autorizado para ser despachado.

**Medicare:** programa federal de seguro médico para personas de 65 años de edad o mayores, ciertas personas jóvenes con discapacidades, y personas con enfermedad renal en etapa final (insuficiencia renal permanente que requiera diálisis o un trasplante, algunas veces llamada enfermedad renal en etapa terminal [End-Stage Renal Disease, ESRD]).

**Miembro:** todo miembro elegible de Medi-Cal inscrito con KFHC que tenga derecho a recibir los servicios cubiertos.

**Opciones de Atención Médica (Health Care Options, HCO):** programa que puede inscribirlo o cancelar su inscripción en un plan médico.



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

**Otra cobertura médica (Other Health Coverage, OHC):** se refiere a los pagadores de servicios y seguros médicos privados que no sean Medi-Cal. Los servicios pueden incluir planes médicos, dentales, de la vista, de farmacia o planes complementarios de Medicare (Partes C y D).

**Paciente establecido:** paciente que tiene una relación existente con un proveedor y lo visitó dentro de un período de tiempo específico establecido por el plan.

**Pago por servicio (Fee-For-Service, FFS) de Medi-Cal:** A veces, su plan de Medi-Cal no cubre los servicios, pero usted puede obtenerlos mediante FFS de Medi-Cal, como muchos servicios de farmacia mediante FFS de Medi-Cal Rx.

**Persona inscrita:** persona que es miembro de un plan médico y recibe servicios a través del plan.

**Plan de atención médica administrada:** plan de Medi-Cal que solamente usa ciertos médicos, especialistas, clínicas, farmacias y hospitales para beneficiarios de Medi-Cal inscritos en ese plan. KFHC es un plan de atención médica administrada.

**Plan:** Vaya a “Plan de atención médica administrada”.

**Proveedor calificado:** médico calificado en el área de práctica apropiada para tratar la condición del miembro.

**Proveedor de atención médica indígena (Indian Health Care Provider, IHCP):** clínica médica operada por el Servicio Médico Indígena (IHS) o por una Tribu Indígena, Organización Tribal u Organización Indígena Urbana.

**Proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP):** proveedor autorizado que usted tiene para recibir la mayoría de su atención médica. Su PCP le ayuda a obtener la atención médica que necesita. Algunos servicios de atención médica se tienen que aprobar primero, a menos que usted:

- Tenga una emergencia
- Necesita atención de obstetricia/ginecología
- Necesite servicios confidenciales
- Necesite atención médica para planificación familiar/control de natalidad

Su PCP puede ser un:

- Médico general
- Internista
- Pediatra
- Médico de familia
- Obstetra/ginecólogo
- Proveedor de atención médica indígena (IHCP)



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

## Números y palabras importantes que debe conocer

- Centro médico federalmente calificado (Federally Qualified Health Center, FQHC)
- Clínica médica rural (RHC)
- Enfermero de práctica avanzada
- Médico Asociado
- Clínica

**Proveedor de la red (o proveedor dentro de la red):** Vaya a “Proveedor participante”.

**Proveedor de servicios de salud mental:** persona autorizada que brinda servicios de salud mental y salud del comportamiento a los pacientes.

**Proveedor fuera de la red:** proveedor que no es parte de la red de KFHC.

**Proveedor no participante:** proveedor que no está en la red de KFHC.

**Proveedor participante (o médico participante):** médico, hospital u otro profesional de la atención médica autorizado o un centro de salud autorizado, incluyendo los centros para cuidados subagudos, que tienen un contrato con KFHC para prestar servicios cubiertos a los miembros en el momento en que un miembro recibe atención médica.

**Proveedores de atención médica:** médicos y especialistas, como cirujanos, oncólogos o médicos, que tratan partes especiales del cuerpo y que trabajan con KFHC o que están en la red de KFHC. Los proveedores dentro de la red de KFHC deben tener una licencia para ejercer en California y darle un servicio que KFHC cubra.

Normalmente, usted necesita una remisión de su PCP para visitar a un especialista. Su PCP debe obtener una aprobación previa de KFHC antes de que usted reciba atención médica del especialista.

**No** necesita una remisión de su PCP para algunos tipos de servicio, como la planificación familiar, la atención de emergencia, la atención de obstetricia y ginecología o los servicios confidenciales.

**Queja formal:** expresión verbal o escrita de insatisfacción de un miembro sobre KFHC, un proveedor, o la calidad de los servicios prestados. Una queja es un ejemplo de queja formal.

**Queja:** expresión verbal o escrita de insatisfacción de un miembro sobre KFHC, un proveedor, o la calidad de los servicios prestados. Una queja es lo mismo que una queja formal.

**Quiropráctico:** proveedor que trata la columna mediante manipulación manual.

**Red:** grupo de médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores contratados con KFHC



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).

para dar atención médica.

**Referencia:** cuando su PCP dice que usted puede recibir atención médica de otro proveedor. Para algunos servicios de atención médica cubiertos se necesita una referencia y aprobación previa (autorización previa).

**Salud y Prevención de Discapacidades de California (California Health and Disability Prevention, CHDP):** programa de salud pública que les reembolsa a los proveedores de atención médica públicos y privados por evaluaciones médicas tempranas para detectar o prevenir enfermedades y discapacidades en niños y jóvenes. El programa ayuda a los niños y jóvenes a tener acceso a atención médica regular. Su PCP puede prestar servicios de CHDP.

**Seguro médico:** cobertura de seguro que paga los gastos médicos y quirúrgicos al reembolsarle al asegurado los gastos por enfermedad o lesión, o mediante el pago directo al proveedor de atención médica.

**Servicio no cubierto:** servicio que KFHC no cubre.

**Servicios delicados:** servicios médicamente necesarios para la planificación familiar, por infecciones transmitidas sexualmente (STI), VIH/sida, agresión sexual y abortos.

**Servicios de partera:** atención prenatal, durante el parto y postparto, incluyendo la atención de planificación familiar para la madre y la atención inmediata para el recién nacido, proporcionada por enfermeras parteras certificadas (CNM) y parteras autorizadas (LM).

**Servicios de planificación familiar:** servicios para prevenir o retrasar el embarazo.

**Servicios de salud mental para pacientes ambulatorios:** servicios para pacientes ambulatorios para miembros con condiciones médicas de salud mental de leves a moderadas, que incluyen:

- Tratamiento y evaluación de la salud mental individual o en grupo (psicoterapia)
- Pruebas psicológicas cuando se indican clínicamente para evaluar una condición de salud mental
- Servicios para pacientes ambulatorios con fin de supervisar la terapia de medicamentos
- Consulta psiquiátrica
- Laboratorio, suministros y suplementos para pacientes ambulatorios

**Servicios de salud pública:** servicios médicos dirigidos a la población como un todo. Estos incluyen, entre otros, el análisis de la situación de la salud, la supervisión de la salud, la promoción de la salud, los servicios de prevención, el control de enfermedades infecciosas, la protección y el saneamiento ambiental, la preparación y respuesta en caso



Llame a Servicios para miembros al 1-800-391-2000 (TTY/TDD 711).

KFHC está aquí de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. La llamada no tiene costo. O

llame a la Línea de Retransmisión de California al 711. Visite el sitio web [www.kernfamilyhealthcare.com](http://www.kernfamilyhealthcare.com).



de desastres, y la salud ocupacional.

**Servicios en la sala de emergencias:** exámenes que hace un médico (o el personal bajo la dirección de un médico, como lo permita la ley) para averiguar si hay una condición de emergencia. Servicios médicamente necesarios para que esté clínicamente estable dentro de las capacidades del centro.

**Servicios especializados de salud mental:** servicios para miembros que tienen necesidades de servicios de salud mental con un nivel de trastorno más alto que de leve a moderado.

**Servicios excluidos:** servicios que no están cubiertos por el Programa Medi-Cal de California.

**Servicios fuera el área:** servicios mientras que un miembro está en algún lugar fuera del área de servicio.

**Servicios para niños de California (California Children's Services, CCS):** programa de Medi-Cal que brinda servicios a niños hasta de 21 años de edad con ciertas enfermedades y problemas médicos.

**Servicios para adultos basados en la comunidad (Community-based adult services, CBAS):** servicios basados en un centro para pacientes ambulatorios para atención de enfermería especializada, servicios sociales, terapias, cuidado personal, apoyo y capacitación para la familia y el cuidador, servicios de nutrición, transporte y otros servicios para los miembros que califican.

**Servicios posteriores a la estabilización:** servicios cubiertos relacionados con una condición de emergencia que se dan después de que un miembro se estabiliza para mantener la condición estabilizada. Los servicios de atención de posteriores a la estabilización están cubiertos y son pagados. Los hospitales fuera de la red pueden necesitar una aprobación previa.

**Servicios prestados por un médico:** servicios dados por una persona autorizada según la ley estatal para ejercer la medicina o la osteopatía, sin incluir los servicios que prestan los médicos mientras a usted se le admite en un hospital, que se cobran en la factura del hospital.

**Servicios y dispositivos de habilitación:** servicios de atención médica que lo ayudan a mantener, aprender o mejorar capacidades y funcionamientos cotidianos.

**Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (terapia):** servicios y dispositivos para ayudar a las personas que tienen lesiones, discapacidades o condiciones crónicas para obtener o recuperar las capacidades mentales y físicas.

**Trabajo de parto activo:** período en el que una mujer está en las tres etapas de dar a luz y no puede ser trasladada de manera segura a tiempo a otro hospital antes del parto o un traslado podría dañar la salud y seguridad de la mujer o del niño no nacido.

**Transporte médico de emergencia:** transporte en una ambulancia o auto de emergencia hacia una sala de emergencias para obtener atención médica de emergencia.

**Transporte médico:** transporte cuando usted no puede llegar a una cita médica cubierta o no puede ir a recoger una receta en automóvil, autobús, tren o taxi. KFHC paga el transporte de menor costo para sus necesidades médicas cuando necesita transporte para llegar a su cita.

**Transporte que no es médico:** transporte para viajar hacia y desde una cita para recibir un servicio cubierto de Medi-Cal que autorizó su proveedor y para recoger recetas y suministros médicos.

**Tratamiento de investigación:** medicamento, producto biológico o dispositivo de tratamiento que completó con éxito la fase uno de una investigación clínica aprobada por la FDA, pero que la FDA no aprobó para uso general y permanece bajo investigación en una investigación clínica aprobada por la FDA.

**Tratamiento experimental:** medicamentos, equipos, procedimientos o servicios en fase de prueba con estudios de laboratorio o en animales antes de la prueba en humanos. Los servicios experimentales no están en una investigación clínica.

**Triage (o detección):** evaluación de su salud por parte de un médico o enfermero capacitado para realizar exámenes de detección con el fin de determinar la urgencia de su necesidad de recibir atención médica.

# Service Area/Área de Servicio

**Alta Sierra**    **Arvin**    **Bakersfield**  
Bear Valley Springs    **Bodfish**    **Boron**  
**Buttonwillow**    Caliente    **California City**  
**Delano**    **Di Giorgio**    **Edison**  
Edwards AFB    **Fellows**    Frazier Park  
**Glennville**    Havilah    **Keene**    **Kernville**  
Lake Isabella    **Lamont**    Lancaster\*  
**Lebec**    Loraine    **Lost Hills**    **Maricopa**  
McFarland    McKittrick    Mettler  
**Miracle Hot Springs**    Mojave    **Monolith**  
**Oildale**    Onyx    **Palmdale\***  
Pine Mountain    Pond    **Posey**  
Ridgecrest    **Rosamond**    Shafter    **Taft**  
**Tehachapi**    Tupman    **Twin Oaks**  
Walker Basin    **Wasco**    Weldon  
**Wheeler Ridge**    **Wofford Heights**    Woody

*\*Medical services only.  
Not open for Kern Family  
Health Care enrollment.*

*\*Servicios médicos solamente. No esta  
abierto para inscribir en Kern Family  
Health Care.*



If you need this  
information in English,  
please call us.

2021122  
Rev. 12/2021

