FORMULARIO DE ELECCIÓN MEDI-CAL

Utilice este formulario para unirse o cambiarse de plan de salud. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-430-3003.

Envíe por correo este formulario completo a: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850.

SÍRVASE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA USANDO SÓLO TINTA AZUL O NEGRA. LLENE COMPLETAMENTE LOS ÓVALOS ⬬ PARA INDICAR SU ELECCIÓN. VEA EL EJEMPLO EN LA PARTE POSTERIOR.

1) Nombre del Jefe de Familia (Nombre, Apellido)

2) Sexo ◯ M ◯ F

3) Número de Teléfono ___ - ___ - ___

4) Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal)

Sírvase escoger un Plan de Salud de la lista para cada miembro mencionado. Los Códigos del Doctor/ Clínica se pueden encontrar en el Directorio de Proveedores del Plan de Salud.

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo ◯ M ◯ F

6a) Fecha Programada (si está embarazada) __ / __ / __

6b) Número de Seguro Social ___ - ___ - ___

PLANES DE SALUD

◯ ***Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:***

◯ 309 Santa Clara Family H.P.

◯ 345 Anthem Blue Cross Partnrshp

◯ 000 Regular Medi-Cal (FFS)

Código del Doctor / Clínica:

Nombre del Socio del Plan (véase la parte posterior del formulario de elección)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* ☐ ◯ KA

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo ◯ M ◯ F

6a) Fecha Programada (si está embarazada) __ / __ / __

6b) Número de Seguro Social ___ - ___ - ___

PLANES DE SALUD

◯ ***Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:***

◯ 309 Santa Clara Family H.P.

◯ 345 Anthem Blue Cross Partnrshp

◯ 000 Regular Medi-Cal (FFS)

Código del Doctor / Clínica:

Nombre del Socio del Plan (véase la parte posterior del formulario de elección)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* ☐ ◯ KA

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo ◯ M ◯ F

6a) Fecha Programada (si está embarazada) __ / __ / __

6b) Número de Seguro Social ___ - ___ - ___

PLANES DE SALUD

◯ ***Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:***

◯ 309 Santa Clara Family H.P.

◯ 345 Anthem Blue Cross Partnrshp

◯ 000 Regular Medi-Cal (FFS)

Código del Doctor / Clínica:

Nombre del Socio del Plan (véase la parte posterior del formulario de elección)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* ☐ ◯ KA

INTERNAL USE ONLY

***CÓDIGOS DE LAS RAZONES DEL CAMBIO DE PLAN:**

Código 1: No pude escoger al doctor o dentista que deseaba
Código 2: El plan de salud/ dental no satisfacía mis necesidades
Código 3: Mi doctor/ dentista no satisfacía mis necesidades
Código 4: Está muy lejos de mi casa
Código 5: Yo no escogí este plan
Código 6: Se muda del co
Código 7: Exoneración del Programa de Salud Indio (Indian Health Program Exemption)
Código 8: Exoneración Médica/ Dental
Código 9: Otros

NOTIFICACIÓN: He leído la descripción del plan. Entiendo que Kaiser requiere el uso del arbitraje neutro obligatorio para resolver ciertas disputas. Esto incluye disputas acerca de si se proporcionó el tratamiento médico correcto (llamado negligencia médica) y otras disputas relacionadas a los beneficios o la prestación de servicios. Si escojo Kaiser, renuncio a mi derecho a un jurado o proceso judicial para esas ciertas disputas. Asimismo, estoy de acuerdo en que se utilice el arbitraje neutro obligatorio para resolver esas ciertas disputas. No renuncio a mi derecho de pedir una audiencia en el Estado relacionada con cualquier tema, que esté comprendida en el proceso de audiencia en el Estado.

DECLARACIÓN DE ELECCIÓN: Yo/ nosotros he/ hemos hecho la elección por escrito para recibir los beneficios de Medi-Cal a través de los planes médicos, tal como lo he/hemos indicado en este formulario. Yo/ nosotros he/ hemos leído y entendido las condiciones de este contrato. Yo/ nosotros entendemos que para cambiar mi/ nuestro plan de Salud Medi-Cal actual, yo/ nosotros debemos completar este formulario.

Firma del Jefe de la Familia — Fecha

Firma de Otro Adulto — Fecha

Firma de Otro Adulto — Fecha

Utilice el siguiente ejemplo cuando complete el formulario:
SÍRVASE COMPLETAR LA INFORMACIÓN SÓLO CON LETRAS MAYÚSCULAS.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 , A B C D E F G H
I J K L M N O P Q R S T U V W X Y Z -

INFORMACIÓN PARA EL SOCIO DEL PLAN SOBRE:
309 Santa Clara Family H.P.
KA KP Cal, LLC

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD

El Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services) conservará la información que usted proporcione. Sólo se utiliza para inscribir y/o retirar personas que son elegibles para atención administrada Medi-Cal. Las leyes que regulan esta información se encuentran en el Código de Bienestar e Instituciones (Welfare and Institutions Code), Secciones 14016.5, 14016.6, 14087.305, 14087.31, 14087.35, 14087.36, 14087.38, 14087.96, 14088, 14089, 14089.5, y 14631 y el Código de Reglamentos de California Sección 51085.5 (California Code of Regulations). Si faltara alguna información solicitada en el formulario de elección, entonces alguna de las personas que aparece en el formulario no va a poder unirse a un plan de salud, salir de un plan o escoger el plan que él o ella desee.

Sólo las agencias gubernamentales relacionadas con Medi-Cal program podrán acceder a la información que usted proporcione. Las personas que aparecen en el formulario pueden ver los archivos que Medi-Cal tiene de ellos. Sin embargo, no se podrá tener acceso a ninguna información que se esté utilizando en una investigación o demanda. Si desea ver su archivo Medi-Cal, contáctese con el Departamento de Servicios de Salud (Department of Health Care Services) en la dirección que aparece en el reverso de este formulario.