



# 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.**

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
1) Nombre del Jefe de Familia (Nombre, Apellido)		2) Sexo	3) Número de Teléfono
<input type="text"/>			
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.

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)		6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
PLANES DE SALUD	<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>			
	<input type="radio"/> 131 Molina Healthcare Partner	<input type="radio"/> 167 Care1st Partner Plan, LLC		
	<input type="radio"/> 029 Community Hlth Grp Partner	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)		
	<input type="radio"/> 068 Health Net Comm Solutions	Código del Doctor / Clínica:		
	<input type="radio"/> 079 KP Cal, LLC	<input type="text"/>		
	Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>			

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)		6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
PLANES DE SALUD	<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>			
	<input type="radio"/> 131 Molina Healthcare Partner	<input type="radio"/> 167 Care1st Partner Plan, LLC		
	<input type="radio"/> 029 Community Hlth Grp Partner	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)		
	<input type="radio"/> 068 Health Net Comm Solutions	Código del Doctor / Clínica:		
	<input type="radio"/> 079 KP Cal, LLC	<input type="text"/>		
	Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>			

<input type="text"/>		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)		6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
PLANES DE SALUD	<input type="radio"/> <u>Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:</u>			
	<input type="radio"/> 131 Molina Healthcare Partner	<input type="radio"/> 167 Care1st Partner Plan, LLC		
	<input type="radio"/> 029 Community Hlth Grp Partner	<input type="radio"/> 000 Regular Medi-Cal (FFS)		
	<input type="radio"/> 068 Health Net Comm Solutions	Código del Doctor / Clínica:		
	<input type="radio"/> 079 KP Cal, LLC	<input type="text"/>		
	Ingrese el código de la razón del cambio de plan.* <input type="text"/>			

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

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

#### 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.