

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO)

Formulario de elección

Plan de Grupo de la Región del Norte de California o del Sur de California

Completar y enviar el formulario de inscripción es su primer paso para convertirse en miembro de Kaiser Permanente Senior Advantage. Si tanto usted como su cónyuge están solicitando afiliarse, cada uno de ustedes necesitará llenar un formulario por separado. Si desea ayuda para completar el formulario de inscripción, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-443-0815** (TTY **711**), los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m.

Cómo llenar este formulario

1. Responda todas las preguntas y escriba sus respuestas con pluma de tinta negra o azul. Marque las casillas con una X.
2. Firme en la página 5 del formulario e incluya la fecha. **Asegúrese de leer todas las páginas antes de firmar.**
3. Envíe por correo el formulario original firmado a:
Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400
4. Saque una copia para sus archivos. Si se le solicita, envíe una copia al grupo del empleador, al sindicato o al fondo fiduciario.

Siguientes pasos

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo. Luego, le informaremos por correo que lo recibimos.
- Informaremos a Medicare que usted solicitó inscribirse a Senior Advantage.
- En un plazo de 10 días calendario después de que Medicare confirme su inscripción, le informaremos la fecha de inicio de su cobertura. Luego, le enviaremos una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente y su paquete de nuevo miembro en un plazo de 10 días a partir de su fecha de inicio.

Kaiser Permanente es un plan de una HMO con un contrato de Medicare. La inscripción en Kaiser Permanente depende de la renovación del contrato.

Apellido Nombre

Proporcione la Información de Su Seguro de Medicare

Saque su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare para llenar esta sección.

- Llene esta información como aparece en su tarjeta de Medicare.

- O BIEN -

- Adjunte una copia de su tarjeta de Medicare o su carta del Seguro Social o de la Junta de Jubilación de Empleados Ferroviarios.

Nombre (como aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene Derecho a: Fecha de Vigencia:

HOSPITAL (Parte A) / /

MÉDICO (Parte B) / /

Debe tener Medicare Parte B; sin embargo, algunos grupos de empleadores requieren tanto la Parte A como la Parte B para poder afiliarse a un plan Medicare Advantage.

Lea y Responda Estas Preguntas Importantes

1. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No

2. Si su empleador brinda cobertura para jubilados, ¿usted es la persona jubilada? Sí No N/C

Si la respuesta es "sí", fecha de jubilación (mm/dd/aaaa): / /

Fecha de jubilación (mm/dd/aaaa):

 / /

Si la respuesta es "no", nombre de la persona jubilada:

3. ¿La cobertura de este plan del empleador o sindicato incluye al cónyuge o a dependientes? Sí No

Si la respuesta es "sí", nombre del cónyuge:

Nombres de los dependientes:

4. ¿Tiene Insuficiencia Renal Terminal (IRT)? Sí No

Si le hicieron un trasplante de riñón con éxito o ya no necesita hacerse diálisis de forma regular, **incluya una nota o los registros** de su médico que indiquen que le hicieron un trasplante de riñón con éxito o que ya no necesita diálisis; de lo contrario, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.

5. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura de medicamentos, incluidos otro seguro privado, compensación del trabajador, beneficios por parte de VA o programas de asistencia farmacéutica del Estado.

¿Tendrá usted cobertura adicional para medicamentos de venta con receta aparte de la de Kaiser Permanente? Sí No

Si la respuesta es "sí", anote su cobertura adicional y sus números de identificación para dicha cobertura.

Nombre de la cobertura adicional:

N.º de identificación de la cobertura adicional:

Apellido Nombre

6. ¿Vive en un centro de cuidados a largo plazo, como un hogar para ancianos? Sí No

Si la respuesta es "sí", proporcione la siguiente información:

Nombre de la institución:

Dirección de la institución (número y calle): Número de Teléfono: - -

7. Fecha de vigencia solicitada (sujeta a la aprobación de los CMS): / /

Marque una de las casillas que aparecen a continuación si preferiría que le enviáramos la información en un idioma que no sea inglés o en otro formato accesible:

Español Letra Grande Braille CD

Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** si necesita información en un formato accesible u otro idioma diferente al que se mencionó anteriormente. Nuestro horario de atención es de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Llene la siguiente información

Si actualmente cuenta con cobertura de Kaiser Permanente a través de más de un empleador o sindicato/fondo fiduciario, debe elegir UN empleador o sindicato/fondo fiduciario a través del cual recibir su cobertura Senior Advantage. Llene la información de ese empleador o sindicato/fondo fiduciario a continuación.

Nombre del Grupo/Sindicato/Fondo Fiduciario del Empleador:

N.º de Identificación del Grupo/Sindicato/
Fondo Fiduciario del Empleador: Subgrupo: Fecha de vigencia solicitada (sujeta a la aprobación de los CMS): / /

Lea y Firme a Continuación

Al completar este formulario de inscripción, acepto los siguiente:

Kaiser Permanente es un plan de Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno Federal. Tendré que conservar mi cobertura de Medicare Parte B; sin embargo, algunos grupos de empleadores requieren tanto la Parte A como la Parte B. Solo puedo estar afiliado a un plan de Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan pondrá fin a mi inscripción en otro plan de salud de Medicare automáticamente. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura para medicamentos de venta con receta que tenga o pudiera obtener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare o una cobertura de medicamentos de venta con receta acreditada (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía, si me inscribo en la cobertura para medicamentos de venta con receta de Medicare más adelante. Puedo abandonar este plan en cualquier momento enviando una solicitud a Kaiser Permanente o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 o TTY 1-877-486-2048)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Sin embargo, antes de solicitar la cancelación de la afiliación, consultaré a mi grupo o sindicato/fondo fiduciario para determinar si puedo continuar como miembro del grupo.

Entiendo que si actualmente tengo cobertura de Kaiser Permanente a través de más de un empleador o sindicato/fondo fiduciario, debo elegir una de estas opciones de cobertura para mi plan Senior Advantage porque solo puedo estar inscrito en un plan Senior Advantage a la vez. Es posible que mi otro empleador o sindicato/fondo fiduciario me permita inscribirme también en uno de sus planes que no pertenecen a Medicare. Me comunicaré con los administradores de beneficios de cada empleador o sindicato/fondo fiduciario para comprender la cobertura a la que tengo derecho antes de tomar una decisión acerca de qué plan de empleador o sindicato/fondo fiduciario elegiré para mi plan Senior Advantage.

Apellido Nombre

Kaiser Permanente brinda sus servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área donde brinda sus servicios Kaiser Permanente, necesito notificárselo al plan para poder cancelar mi afiliación y encontrar otro plan en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Kaiser Permanente, tengo derecho a apelar las decisiones del plan sobre los pagos o servicios con los que no esté de acuerdo. Leeré el documento **Evidencia de Cobertura** de Senior Advantage de Kaiser Permanente cuando lo reciba para informarme de las reglas que debo seguir para obtener cobertura por medio de este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en la que inicie la cobertura de Senior Advantage, debo recibir toda mi atención médica por parte de Kaiser Permanente, excepto los servicios de emergencia o de urgencia, o los servicios de diálisis fuera del área.

Se cubrirán los servicios autorizados por Kaiser Permanente y otros servicios que se incluyan en el documento **Evidencia de Cobertura** (conocido también como un contrato de membresía o un acuerdo de suscripción) de Senior Advantage. **NI MEDICARE NI KAISER PERMANENTE PAGARÁN LOS SERVICIOS** si no se tiene autorización.

Entiendo que si recibo asistencia por parte de un representante o agente de ventas, u otro individuo que trabaje o tenga contrato con Kaiser Permanente, es posible que se pague a dicha persona con base en mi inscripción en Kaiser Permanente.

Divulgación de Información

Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará mi información a Medicare y a otros planes según se requiera para operaciones de tratamiento, pago y atención médica. También reconozco que Kaiser Permanente divulgará mi información, incluidos mis datos de incidencias de medicamentos de venta con receta, a Medicare, el cual a su vez la divulgará para investigaciones y otros fines que se apeguen a todas las leyes y reglamentos Federales correspondientes. La información de este formulario de inscripción es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa en este formulario intencionalmente, se cancelará mi afiliación en el plan.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para representarme conforme a las leyes del Estado donde resido) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si una persona autorizada (como se describe anteriormente) firma, esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada conforme a las leyes estatales para completar esta inscripción y 2) los documentos de esta autorización están a disposición de Medicare si los solicita.

Apellido Nombre

CONVENIO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN

Entiendo que si selecciono un plan de seguro de salud ("plan de salud") que está sujeto al arbitraje obligatorio requerido para resolver las disputas, estoy aceptando que se arbitren las reclamaciones relacionadas con mi membresía o la de un dependiente en el plan de salud (a excepción de los casos del Tribunal para Reclamaciones Menores, que están regulados por la reglamentación del procedimiento de reclamación de la ERISA, y otras reclamaciones que no puedan estar sujetas al arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente). Entiendo que cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas, por un lado, y el plan de salud, cualquier proveedor de beneficios de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro, por la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía en el plan de salud, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o en relación con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial, sino mediante arbitraje obligatorio conforme a la legislación de California, salvo que las normas pertinentes dispongan la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que todas las disposiciones del arbitraje se incluyen en el documento de cobertura del plan de salud, al cual tengo acceso para su revisión.

Firma:

Fecha de Hoy: / /

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en la línea anterior y proporcionar la siguiente información:

Nombre:

Dirección:

Número de Teléfono: - -

Relación con la Persona Inscrita:

Office Use Only (Para Uso Exclusivo del Consultorio):			
Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment):	<input type="text"/>		
Plan ID #:	<input type="text"/>	Effective Date of Coverage:	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ICEP/IEP:	<input type="text"/>	AEP:	<input type="text"/>
SEP (type):	<input type="text"/>	Not Eligible:	<input type="text"/>

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente cumple con las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Kaiser Permanente no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su raza, color, país de origen, discapacidad o sexo.

Además, nosotros:

- proporcionamos ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidades para que puedan comunicarse de manera eficaz con nosotros, como:
 - ◆ intérpretes de lenguaje de señas calificados
 - ◆ información por escrito en otros formatos, como letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, como:
 - ◆ intérpretes calificados
 - ◆ información por escrito en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros (Member Services) al **1-800-443-0815** (línea TTY **711**), de 8 a. m. a 8 p. m., los siete días de la semana.

Si usted cree que Kaiser Permanente no proporcionó estos servicios o discriminó de alguna forma ya sea por raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja por escrito con nuestro coordinador de derechos civiles en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612 o llamar a Servicio a los Miembros al número que aparece arriba. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, nuestro coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. También puede presentar una queja informal en la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Office) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) de forma electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo en: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, o por teléfono al: **1-800-368-1019, 800-537-7697** (línea TDD). Los formularios de quejas informales están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Multi-language Interpreter Services

English

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Chinese

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 **1-800-443-0815** (TTY: **711**)。

Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-443-0815** (TTY: **711**).

Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-443-0815** (TTY: **711**)번으로 전화해 주십시오.

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Ջանգահարեք **1-800-443-0815** (TTY (հեռատիպ) **711**):

Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-443-0815** (телетайп: **711**).

Japanese

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-443-0815** (TTY:**711**) まで、お電話にてご連絡ください。

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-443-0815** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Cambodian

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អិត គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-443-0815** (TTY: 711)។

Hmong

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Hindi

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-443-0815** (TTY: 711) पर कॉल करें।

Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-443-0815** (TTY: 711).

Farsi

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-443-0815** (TTY: 711) تماس بگیرید.

Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم - **1-800-443-0815** (رقم هاتف الصم والبكم: 711).