



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.

☐ M ☐ F	
1) Nombre del Jefe de Familia (Nombre, Apellido)	2) Sexo
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.

☐ M ☐ F			
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)	6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
☐ Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:			
☐ 131 Molina Healthcare Partner			
☐ 029 Community Hlth Grp Partner			
☐ 068 Health Net Comm Solutions			
☐ 079 KP Cal, LLC			
Código del Doctor / Clínica:			
Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*			

☐ M ☐ F			
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)	6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
☐ Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:			
☐ 131 Molina Healthcare Partner			
☐ 029 Community Hlth Grp Partner			
☐ 068 Health Net Comm Solutions			
☐ 079 KP Cal, LLC			
Código del Doctor / Clínica:			
Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*			

☐ M ☐ F			
5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)	6) Sexo	6a) Fecha Programada (si está embarazada)	6b) Número de Seguro Social
☐ Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:			
☐ 131 Molina Healthcare Partner			
☐ 029 Community Hlth Grp Partner			
☐ 068 Health Net Comm Solutions			
☐ 079 KP Cal, LLC			
Código del Doctor / Clínica:			
Ingrese el código de la razón del cambio de plan.*			

*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 escijo 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

7254061943

Highly Confidential



SD_0MM3452_SPA_1207