

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO)

SOLICITUD DE ELECCIÓN DE GRUPO



KAISER PERMANENTE®

Región del Norte de California o del Sur de California

INFORMACIÓN IMPORTANTE - Lea todas las páginas antes de firmar este formulario

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

EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN - Cómo entregar su formulario

1. Retire la lengüeta perforada en la parte superior de la página.
 2. Separe todas las páginas ANTES de completar el formulario.
 3. Conteste completamente las páginas separadas.
 4. Envíe el original del formulario firmado (la copia superior) en el sobre con porte pagado adjunto a
Kaiser Permanente – Medicare Unit
P.O. Box 232400
San Diego, CA 92193-2400
 5. Guarde la copia inferior para sus archivos. Si se requiere, entregue la copia de en medio a su grupo de empleador, sindicato o fondo fiduciario.
- Revisaremos que su formulario esté completo y que tenga las firmas requeridas. Luego nos comunicaremos con usted por correo para informarle que lo hemos recibido.
 - Notificaremos a Medicare que usted ha solicitado afiliarse al plan Senior Advantage.
 - En un plazo de 10 días calendario después de que Medicare confirme su elegibilidad, le confirmaremos la fecha en que entre en vigencia su cobertura. Le enviaremos una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente e información para los miembros nuevos.

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

Copia original superior blanca y firmada – Kaiser Permanente
Copia amarilla – Grupo del empleador/sindicato/fondo fiduciario
Copia inferior blanca – Guardar para sus archivos

Employer Group Use Only - Para uso exclusivo del grupo del empleador
Optional Group Stamp Area:

Employer Group #: _____ Employer Receipt Date: _____
 Authorized Rep: _____

Por favor comuníquese con Kaiser Permanente si necesita información en otro idioma o formato (braille).

**Para inscribirse en el plan Kaiser Permanente Senior Advantage,
 por favor proporcione los siguientes datos:**

Nombre del empleador o sindicato			Grupo Núm.		
Apellido		1er. nombre	Inicial del 2o. nombre		<input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> Sra. <input type="checkbox"/> Srta.
Fecha de nacimiento (__/__/____) (MM/DD/AAAA)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Número de tel. particular ()		Número de tel. alternativo ()	
¿Es miembro actual o previo de algún plan médico de Kaiser Permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí": <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Previo Núm. de Expediente Médico de Kaiser Permanente _____					
Dirección física permanente (No se permiten apartados postales)					
Ciudad		Condado	Estado	Código postal	
Dirección postal (solo si es diferente de su dirección física permanente)					
Calle		Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección electrónica					

Por favor proporcione la información de su seguro de Medicare

Por favor saque su tarjeta de Medicare para completar esta sección.

- Llene estos espacios en blanco de manera que concuerden con su tarjeta roja, blanca y azul de Medicare
- O BIEN -
- Adjunte una fotocopia de su tarjeta de Medicare, su carta del Seguro Social o de la Railroad Retirement Board (RRB - Junta de Retiro Ferroviario).

Debe tener la Parte B de Medicare, aunque algunos grupos de empleadores requieren las Partes A y B para afiliarse a un plan Medicare Advantage.

MEDICARE			HEALTH INSURANCE	
SAMPLE ONLY				
Name: _____				
Medicare Claim Number			Sex _____	
_____ - _____ - _____				
Is Entitled To			Effective Date	
HOSPITAL (Part A)			_____	
MEDICAL (Part B)			_____	

Apellido _____ Nombre _____

Por favor lea y conteste estas preguntas importantes:

1. ¿Trabaja usted o su cónyuge? Sí No
2. Si su empleador ofrece cobertura para jubilados, ¿es usted el jubilado? Sí No No se aplica
 Si contestó "Sí", fecha de jubilación (mes/día/año) _____
 Si contestó "No", nombre del jubilado y fecha de jubilación (mes/día/año) _____
3. ¿Su cobertura de este plan del empleador o sindicato incluye a un cónyuge o dependientes? Sí No
 Si es así, nombre del cónyuge _____
 Nombre de los dependientes _____
4. ¿Tiene insuficiencia renal crónica en fase terminal (IRCT)? Sí No
 Si tuvo un trasplante exitoso del riñón y/o ya no necesita diálisis regular, por favor **incluya una nota o los expedientes** de su médico indicando que ha tenido un trasplante exitoso del riñón o que ya no necesita diálisis; si no es así, es posible que necesitemos comunicarnos con usted para obtener información adicional.
5. Es posible que algunas personas tengan otra cobertura para medicamentos, incluido otro seguro privado, seguro de compensación a los trabajadores, beneficios del VA o programas estatales de asistencia farmacéutica.
 ¿Tendrá usted cobertura adicional para medicamentos con receta aparte de la de Kaiser Permanente?
 Sí No
 Si contestó "sí", anote su cobertura adicional y su(s) número(s) de identificación para esa cobertura.
 Nombre de la otra cobertura _____ Núm. de identificación de la otra cobertura _____
6. ¿Vive en una instalación de atención prologada, como un centro para la tercera edad, por ejemplo?
 Sí No
 Si contestó "sí", proporcione la información siguiente:
 Nombre de la institución _____
 Dirección (número y calle) y número de teléfono de la institución _____
7. Fecha de vigencia solicitada (sujeta a la autorización de CMS) ____/____/____

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

- Español
- Letra grande, braille, CD y cintas

Por favor llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** si necesita información en un formato o idioma diferente del que se lista anteriormente. Nuestro horario de operaciones es de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

Apellido _____ Nombre _____

Por favor proporcione la información enseguida.

Si tiene actualmente cobertura de Kaiser Permanente por medio de más de un empleador o un sindicato/fondo fiduciario, debe escoger UN empleador o UN sindicato/fondo fiduciario del cual recibir su cobertura del plan Senior Advantage. Proporcione enseguida la información de ese empleador o sindicato/fondo fiduciario.

Nombre del grupo del empleador/sindicato/fondo fiduciario _____

Núm. de identificación del grupo del empleador/sindicato/fondo fiduciario _____

Subgrupo _____

Fecha de vigencia solicitada (sujeta a la autorización de CMS) _____

Por favor lea y firme a continuación

CONVENIO DE ARBITRAJE DE KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN:

Entiendo que (excepto en los casos del Tribunal de Demandas de Menor Cuantía, las reclamaciones sujetas al proceso de apelación de Medicare y, si estoy inscrito en una cobertura que esté sujeto al reglamento del proceso de reclamaciones de ERISA, o cualquier reclamación que no se pueda someter a arbitraje obligatorio conforme a las leyes vigentes) toda disputa que surja entre mis herederos, parientes, otras partes relacionadas conmigo o yo, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquiera de sus proveedores de atención médica, administradores u otras partes relacionadas con KFHP, por el otro, por la supuesta violación de algunas de las obligaciones resultado de la membresía con KFHP o relacionadas con la misma, incluida cualquier reclamación por negligencia médica u hospitalaria (una reclamación de que los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de manera indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o prestación de servicios o entrega de artículos, independientemente de cualquier base jurídica, se deberá decidir por arbitraje obligatorio conforme a las leyes del estado de California y no por medio de una demanda o recurso judicial, excepto cuando las leyes correspondientes dispongan una revisión judicial del proceso de arbitraje. Estoy de acuerdo en renunciar a nuestro derecho a tener un juicio por jurado y acepto utilizar el arbitraje obligatorio. Entiendo que el folleto *Evidencia de Cobertura* contiene la disposición completa sobre el arbitraje.

Al llenar esta solicitud de inscripción, indico que estoy de acuerdo en lo siguiente:

El plan Kaiser Permanente es un plan Medicare Advantage y tiene un contrato con el gobierno federal. Necesitaré mantener mi Parte B de Medicare, aunque algunos grupos de empleadores requieren las Partes A y B. Sólo puedo estar afiliado a un plan Medicare Advantage a la vez y entiendo que mi inscripción en este plan terminará automáticamente mi inscripción en otro plan médico de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura para medicamentos con receta que tenga o pudiese obtener en el futuro. Entiendo que si no tengo cobertura para medicamentos con receta de Medicare, o cobertura acreditable de medicamentos con receta (equivalente a la de Medicare), tal vez tenga que pagar un recargo por inscribirme tarde si me inscribo para la cobertura de medicamentos con receta de Medicare en el futuro. Podré dejar este plan en cualquier momento enviando mi solicitud a Kaiser Permanente o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227** o, para los usuarios de 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 podré continuar con mi membresía de grupo.

Entiendo que si actualmente tengo cobertura de Kaiser Permanente por medio de más de un empleador o un sindicato/fondo fiduciario, debo escoger una de estas opciones de cobertura para mi plan Senior Advantage porque sólo puedo estar inscrito en un plan Senior Advantage a la vez. Es posible que mi otro empleador o sindicato/fondo fiduciario también me permita inscribirme en uno de sus planes que no sean de Medicare. Me comunicaré con los administradores de beneficios de cada uno de mis empleadores o fondos sindicales/fiduciarios para entender la cobertura a la que tengo derecho antes de tomar una decisión sobre cuál plan del empleador o sindicato/fondo fiduciario seleccionar para mi plan Senior Advantage.

Kaiser Permanente sirve un área de servicio específica. Si me mudo del área que sirve Kaiser Permanente, necesito notificárselo al plan para poder cancelar y encontrar un plan nuevo en mi nueva área. Una vez que sea miembro de Kaiser Permanente, tendré 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* del plan Senior

Apellido _____ Nombre _____

Advantage de Kaiser Permanente cuando lo reciba para informarme de las reglas que debo seguir para obtener cobertura con este plan Medicare Advantage. Entiendo que las personas con Medicare generalmente no tienen cobertura de Medicare fuera del país, excepto una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que a partir de la fecha en que empiece la cobertura del plan Senior Advantage debo recibir toda mi atención médica de Kaiser Permanente, excepto para servicios de emergencia, de urgencia o 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 miembros o un acuerdo de suscriptores) de mi plan Senior Advantage. **NI MEDICARE NI KAISER PERMANENTE PAGARÁ POR LOS SERVICIOS si no se tiene autorización.**

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

Divulgación de información: Al afiliarme a este plan médico de Medicare, reconozco que el plan médico de Medicare divulgará mi información a Medicare y 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 incidentes (registros) de medicamentos 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 en este formulario de inscripción es correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si intencionalmente doy información falsa en este formulario, se cancelará mi afiliación al 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 la firma una persona autorizada (como se describió anteriormente), 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.

Firma _____ **Fecha de hoy** _____

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en la línea anterior y dar estos datos:

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono (_____) _____ - _____

Relación con la persona inscrita _____

Office Use Only - Para uso exclusivo de la oficina:

Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment) _____

Plan ID # _____ Effective Date of Coverage _____

ICEP/IEP _____ AEP _____ SEP (type) _____ Not Eligible _____