



Envíe de vuelta este documento por correo a: California Department of Health Care Services, P.O. Box 989009 • W. Sacramento, CA 95798-9850

Medi-Cal Choice Form
Estrictamente confidencial

Use este formulario para inscribirse o cambiar de plan. Para ayuda llame al 1-800-430-3003.

Escriba en letra de imprenta. Llene los óvalos para indicar su elección.

1) Nombre de la cabeza de familia (Nombre) 2) Apellido

3) Dirección de su casa (Número de la casa, nombre de la calle, número de apartamento)

4) Ciudad 5) Código postal 6) Código de área y número de teléfono

7) Dirección de correo electrónico

Elija un plan y un socio de plan de la lista a continuación. Consulte el directorio de proveedores para los códigos de los médicos/clínicas.

8) Nombre del solicitante (Nombre) 9) Apellido

10) Sexo Masculino Femenino 11) Fecha de parto (si está embarazada) 12) Año de nacimiento 13) Número de seguro social

- 14) Deseo **INSCRIBIRME o cambiar mi plan a:**
- 355 **Molina Healthcare Partner**
 - HN Health Net Comm Solutions
 - 305 **Inland Empire Health Plan**
 - KA KP Cal, LLC
 - 000 **Regular Medi-Cal (FFS)**

15) Código del médico/clínica Uso Interno

- 16) Llene el óvalo junto a la razón por la que quiere cambiar de plan.
- No pude elegir al médico que quería
 - El plan no satisfacía mis necesidades
 - El médico no satisfacía mis necesidades
 - Demasiado lejos
 - Yo no elegí este plan
 - Me mudo fuera del condado
 - Exención por el programa de salud indígena (Indian Health)
 - Exención de un plan
 - Otro

17) **Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE):** Es posible que reúna los requisitos para PACE (consulte las instrucciones). Si quiere inscribirse en un plan de PACE, complete esta opción **además de la Sección 14**. Si no reúne los requisitos para PACE, obtendrá su atención mediante el plan elegido en la Sección 14.

- 036 **Neighborhood Hlthcare PACE**
- 061 **Innovage-San Bernardino**

Declaración de selección: He/hemos realizado nuestra selección por escrito para recibir beneficios de Medi-Cal a través de los planes que he/hemos indicado en este formulario. He/hemos leído y comprendido las condiciones de este acuerdo **en ambos lados**. Entiendo/entendemos que para cambiar mi/nuestro plan actual de Medi-Cal tengo (tenemos) que completar este formulario.



Firma de la Cabeza de familia o representante autorizado Fecha

Aviso: Leí la descripción del plan. Entiendo que Kaiser exige el uso de arbitraje neutral vinculante para resolver ciertas controversias. Esto incluye controversias acerca de si el tratamiento médico proporcionado fue el adecuado (llamado negligencia médica) y otras controversias en relación con los beneficios o entrega de servicios. Si elijo Kaiser, renuncio a mi derecho a juicio por jurado o proceso judicial para tales controversias. También acepto el uso de arbitraje neutral vinculante para resolver tales controversias. No renuncio a mi derecho a una audiencia del Estado para cualquier asunto que esté sujeto al proceso de audiencias del Estado.

Utilice el ejemplo siguiente cuando llene el formulario:

POR FAVOR ESCRIBA TODO 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

Department of Health Care Services conservará la información que usted proporciona. Esta se utiliza únicamente para inscribir y/o cancelar la inscripción de las personas que son elegibles para Medi-Cal Managed Care. Las leyes que así lo permiten están contenidas en Welfare and Institutions Code, Section 10416.5, 14016.6, 14087.305, 14087.31, 14087.35, 14087.36, 14087.38, 14087.96, 14088, 14089, 14089.5, y 14631, así como en California Code of Regulations, Section 51085.5. Si falta alguna información solicitada en el formulario de elección, es posible que alguien mencionado en el formulario no pueda inscribirse, salirse o cambiarse del plan de salud que desee.

Solo las agencias gubernamentales que están relacionadas con el programa Medi-Cal pueden ver la información que usted proporciona. Las personas que aparecen en el formulario pueden ver los archivos que Medi-Cal guarda de ellos. Sin embargo, no puede ser vista ninguna información que esté siendo usada en una investigación o juicio. Si desea ver su archivo de Medi-Cal, comuníquese con el Department of Health Care Services a la dirección que aparece al reverso de este formulario.