

Kaiser Permanente Senior Advantage (HMO)

Formulario de Elección de Grupo de Medicare: California

Llenar y devolver este formulario 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. Para obtener ayuda para completar este formulario, llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815**, los 8 días de la semana, de 7 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

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 y escriba la fecha en el formulario. **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

También puede enviar el formulario completo por fax o correo electrónico:

FAX: **1-855-355-5334**

CORREO ELECTRÓNICO: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

4. Saque una copia para sus registros. Si se le solicita, envíe una copia al grupo del empleador, sindicato o fondo fiduciario.

Próximos pasos

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo. Después, le informaremos por correo que lo recibimos.
- Informaremos a Medicare que usted solicitó inscribirse en el plan 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. Después, 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.
- Para revisar el estado de su solicitud, visite **kp.org/medicare/applicationstatus** (en inglés).

Personas sin hogar

- Si quiere inscribirse en un plan, pero no tiene una residencia permanente, se puede considerar como su dirección de residencia permanente un apartado de correo postal, la dirección de un albergue o clínica, o la dirección donde recibe correspondencia (p. ej., cheques del seguro social).

Employer Group Use Only

Please provide receipt date of form in this section when submitting on behalf of employee/retiree.

Employer Group #: Employer Receipt Date: Authorized Rep: **Para Inscribirse en Kaiser Permanente Senior Advantage Proporcione la Siguiente Información**

Nombre del empleador o sindicato:

N.º de grupo:

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del segundo nombre:

Sexo:

☐

Hombre

☐

Mujer

Número de teléfono principal:

Número de teléfono secundario:

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):

¿Es o fue miembro de algún plan de salud de Kaiser Permanente?

☐ Sí ☐ NoSi la respuesta es sí: ☐ Soy miembro ☐ Fui miembro

Número de historia clínica de Kaiser Permanente:

Dirección de residencia permanente (no ingrese un apartado postal. Nota: En el caso de las personas sin hogar, un apartado postal se puede considerar su dirección de residencia permanente):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Dirección postal (solo si es diferente de su dirección de residencia permanente)

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Dirección de correo electrónico:

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 figura en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a:

Fecha de vigencia:

HOSPITAL (Parte A)

ATENCIÓN MÉDICA (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? ☐ Sí ☐ No ¿Trabaja su cónyuge? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

2. ¿Es usted la persona que está jubilada? ☐ Sí ☐ No

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

Si la respuesta es "no", nombre del jubilado:

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. ¿Tendrá usted cobertura adicional para medicamentos recetados (como del Departamento de Asuntos de Veteranos [Veterans Affairs, VA] o TRICARE) 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 otra cobertura:

N.º de identificación de la cobertura adicional:

5. ¿Vive en un centro de cuidados a largo plazo, como un centro de adultos mayores y personas con discapacidad? ☐ 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:

Apellido Nombre

6. Fecha de vigencia solicitada para la inscripción de este plan (sujeta a la aprobación de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid [Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS]):

Los campos de esta sección son opcionales

Puede elegir no responder estas preguntas. No se le puede negar la cobertura si no las responde.

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

☐ Español ☐ Braille ☐ Letra grande ☐ CD de audio ☐ CD de datos

Llame a Kaiser Permanente al **1-800-443-0815** si necesita información en un formato accesible o en un idioma que no se haya mencionado. Nuestro horario de atención es los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. 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 del que recibirá 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 para la inscripción de este plan (sujeta a la aprobación de los CMS):

Apellido

Nombre

Lea la siguiente información y firme abajo.

KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC. ACUERDO DE ARBITRAJE

Al completar esta solicitud de inscripción, acepto los siguientes términos y condiciones:

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, la mayoría de los 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 en automático a mi inscripción en otro plan de salud de Medicare. Es mi responsabilidad informarles de cualquier cobertura para medicamentos recetados que tenga o pudiera obtener en el futuro. Entiendo que, si no tengo cobertura de medicamentos recetados de Medicare o una cobertura de medicamentos recetados acreditada (tan buena como la de Medicare), es posible que deba pagar una penalización por inscripción tardía si me inscribo en la cobertura de medicamentos recetados de Medicare más adelante. Puedo abandonar este plan en cualquier momento del año, según lo permita mi grupo, enviando una solicitud a Kaiser Permanente. Sin embargo, antes de solicitar la cancelación de la inscripción, 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.

Kaiser Permanente brinda sus servicios en un área de servicio específica. Si me mudo fuera del área donde Kaiser Permanente brinda servicios, debo notificárselo al plan para poder cancelar mi plan y encontrar otro 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 de **Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)** de Senior Advantage de Kaiser Permanente para informarme de las reglas que debo seguir para obtener cobertura por medio de este plan de Medicare Advantage.

Entiendo que, a partir de la fecha en que empiece la cobertura de Senior Advantage, debo recibir toda mi atención médica de Kaiser Permanente, excepto para servicios de emergencia o 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 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 de un agente de ventas, corredor u otra persona que trabaje o tenga contrato con Kaiser Permanente, es posible que se pague a dicha persona tomando en cuenta mi inscripción en Kaiser Permanente.

Apellido

Nombre

Divulgación de Información:

Al afiliarme a este plan de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare entregará 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 recetados, 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 esta. Si está firmado por una persona autorizada (según la descripción anterior), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada de conformidad con las leyes del estado para completar esta inscripción y 2) la documentación de esta autorización o poder está disponible si Medicare la solicita.

Entiendo que (salvo en los casos de tribunales de reclamos menores, reclamos sujetos a un procedimiento de apelación de Medicare o a la normativa de reclamos de la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, ERISA], y cualquier otro reclamo que no pueda estar sujeto a arbitraje vinculante según la ley aplicable) toda disputa entre mi persona, mis herederos, mis familiares u otras partes asociadas por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas por el otro, por presunta violación de cualquier deber derivado de la membresía en KFHP o relacionado con esta, incluidos los reclamos por negligencia médica u hospitalaria (como la acusación de que los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados o se prestaron de forma incorrecta, negligente o incompetente), reclamos por responsabilidad de las instalaciones, o asuntos relacionados con la cobertura o prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, deberá resolverse mediante arbitraje vinculante conforme a las leyes de California y no a través de una demanda o proceso judicial, salvo que la ley aplicable permita la revisión judicial de los procedimientos arbitrales. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso de arbitraje obligatorio. Entiendo que la cláusula completa de arbitraje se encuentra en la Evidencia de Cobertura.

Firma del afiliado o representante autorizado:**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado del afiliado, lo que significa que da fe de que está legalmente autorizado para llenar esta solicitud de inscripción en su nombre de conformidad con la ley estatal (poder legal, tutela legal ordenada por el tribunal, etc.), firme arriba y proporcione su información a continuación:

Nombre:**Dirección:****Número de teléfono:****Relación con el afiliado:**

Para futuras consultas o solicitudes relacionadas con la membresía, no dude en enviar una copia del documento de representante autorizado a: Kaiser Permanente – Medicare Unit P.O. Box 232400 San Diego, CA 92193-2400 o FAX: **1-855-355-5334** o al CORREO ELECTRÓNICO: **KPMedicareEnrollments@kp.org**. No se requiere una copia del documento de representante autorizado para llenar esta solicitud de inscripción.

Apellido

Nombre

Sección exclusiva para las personas que ayudan a la persona inscrita a llenar este formulario

Complete esta sección si es una persona (p. ej., agente, corredor, asesor del State Health Insurance Assistance Program [SHIP], familiar o tercero) que ayuda a la persona inscrita a llenar este formulario. No llene esta sección si es la persona inscrita o su representante legal o autorizado.

Nombre:**Relación con el afiliado:****Firma:****Número nacional de productor (agentes y corredores únicamente):****Office Use Only:**

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

Plan ID #:

Effective Date of Coverage:

ICEP/IEP:

OEP:

SEP (type):