

# ¡Permanecer con su Doctor es fácil!

El formulario de Inscripción para la Elección de Medi-Cal será encontrado en su paquete del estado. Si Usted lo ha perdido puede ir a la página de internet [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov) para descargar uno nuevo. Use un bolígrafo de tinta azul o negra para completar el formulario. Llene toda la información que pueda. Si necesita ayuda para llenar el formulario puede llamar gratis a Health Care Options al 1-800-430-4263.

## Para asegurarse que permanecerá con su doctor, siga estos pasos fáciles:

**Paso 1** Inscríbase con L.A.Care, rellene el círculo junto a “Plan de L.A. Care” bajo “Planes de Salud.”



**Paso 2** Luego, escriba el número de código de su doctor el cual está en la página adjunta.



**Paso 3** Luego, rellene el círculo “LA” que corresponde al Plan de L.A. Care.



**Paso 4** Ahora, llene el resto del formulario lo mejor que pueda. Asegúrese de firmar con su nombre y de poner la fecha. Ponga el formulario en el sobre proveído, mándelo por correo y eso es todo!

## ¿Que ocurrirá después?

Muy pronto, usted recibirá una tarjeta de identificación del plan de L.A. Care. También recibirá información de como utilizar sus beneficios de Medi-Cal.

## Asegúrese de mandar por correo el Formulario de Inscripción a:

California Department of Health Care Services  
Health Care Options  
Box 989009  
Sacramento, CA 95798-9850

*Para asegurar su cobertura medica en Rancho, por favor siga los siguientes pasos:*



**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.

JUAN REYES  M  F 2 1 3 - 1 2 3 - 4 5 6 7  
 1) Nombre del Jefe de Familia (Nombre Apellido) 2) Sexo 3) Número de Teléfono  
 1 1 1 1 MAIN ST DOWNEY 9 0 2 4 2  
 4) Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Cuidado 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

JUAN REYES  M  F 1 2 3 - 4 5 - 6 7 8 9  
 5) Nombre del Solicitante (Nombre Apellido) 6) Número de Seguro Social  
**PLANES DE SALUD**  
 Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:  
 304 LA Care Health Plan  
 352 Health Net Comm Solutions  
 000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 Código del Doctor / Clínica: P E 9 5 9 M H  
 Nombre del Seguro del Plan (Móvalo a parte posterior del formulario de elección)  
 CH  MO  LA  BC  KA  HN  CF  
 Ingrese el código de la razón del cambio de plan:

**Paso 1**  
Inscribese con LA Care, rellene el círculo junto a "Plan de LA Care" bajo "Planes de Salud."

**Paso 2**  
Luego, escriba el numero de codigo de su doctor el cual esta en la pagina adjunta.

JUAN REYES  M  F  
 5) Nombre del Solicitante (Nombre Apellido) 6) Número de Seguro Social  
**PLANES DE SALUD**  
 Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:  
 304 LA Care Health Plan  
 352 Health Net Comm Solutions  
 000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 Código del Doctor / Clínica:  
 Nombre del Seguro del Plan (Móvalo a parte posterior del formulario de elección)  
 CH  MO  LA  BC  KA  HN  CF  
 Ingrese el código de la razón del cambio de plan:

**Paso 3**  
Luego, rellene el círculo "LA" que corresponde al Plan de LA Care.

JUAN REYES  M  F  
 5) Nombre del Solicitante (Nombre Apellido) 6) Sexo 6a) Fecha Programada (si está embarazada) 6b) Número de Seguro Social  
**PLANES DE SALUD**  
 Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:  
 304 LA Care Health Plan  
 352 Health Net Comm Solutions  
 000 Regular Medi-Cal (FFS)  
 Código del Doctor / Clínica:  
 Nombre del Seguro del Plan (Móvalo a parte posterior del formulario de elección)  
 CH  MO  LA  BC  KA  HN  CF  
 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 satisface 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 escogo Kaiser, renuncio a mi derecho a un jurado o proceso judicial para estas ciertas disputas. Asimismo, estoy de acuerdo en que si 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 comprendido 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.

Juan Reyes 2-21-11  
 Firma del Jefe de Familia Fecha Firma de Otro Adulto Fecha Firma de Otro Adulto Fecha

**Paso 4**  
Ahora, firme con su nombre y fecha





# 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.

1) Nombre del Jefe de Familia (Nombre, Apellido)

2) Sexo  M  F

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.

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo  M  F

6a) Fecha Programada (si está embarazada)

6b) Número de Seguro Social

**PLANES DE SALUD**

Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:

304 L.A. Care Health Plan

352 Health Net Comm Solutions

000 Regular Medi-Cal (FFS)

Código del Doctor / Clínica:

Nombre del Socio del Plan (véase la parte posterior del formulario de elección)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.

CH  MO  LA  BC  KA  HN  CF

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo  M  F

6a) Fecha Programada (si está embarazada)

6b) Número de Seguro Social

**PLANES DE SALUD**

Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:

304 L.A. Care Health Plan

352 Health Net Comm Solutions

000 Regular Medi-Cal (FFS)

Código del Doctor / Clínica:

Nombre del Socio del Plan (véase la parte posterior del formulario de elección)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.

CH  MO  LA  BC  KA  HN  CF

5) Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido)

6) Sexo  M  F

6a) Fecha Programada (si está embarazada)

6b) Número de Seguro Social

**PLANES DE SALUD**

Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:

304 L.A. Care Health Plan

352 Health Net Comm Solutions

000 Regular Medi-Cal (FFS)

Código del Doctor / Clínica:

Nombre del Socio del Plan (véase la parte posterior del formulario de elección)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan.

CH  MO  LA  BC  KA  HN  CF

INTERNAL USE ONLY

### \*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



LA\_0MM3452\_SPA\_0707