

# Cómo Inscribirse en un Plan Medi-Cal de Health Net

Siga los pasos que se indican a continuación para inscribirse en un plan y elegir su médico. Complete con letra de imprenta legible y use tinta azul o negra.

1. Comience por el formulario de elección de Medi-Cal. Use este formulario para inscribirse en su plan médico.
2. Complete la parte superior del formulario (nombre, dirección, número de teléfono, etc.).
3. La siguiente parte del formulario es sobre cada una de las personas de su hogar que se inscribirán en el plan. Primero complete con su información.
4. Rellene el óvalo que se encuentra junto a *Health Net*. Rellénelo completamente con tinta azul o negra.

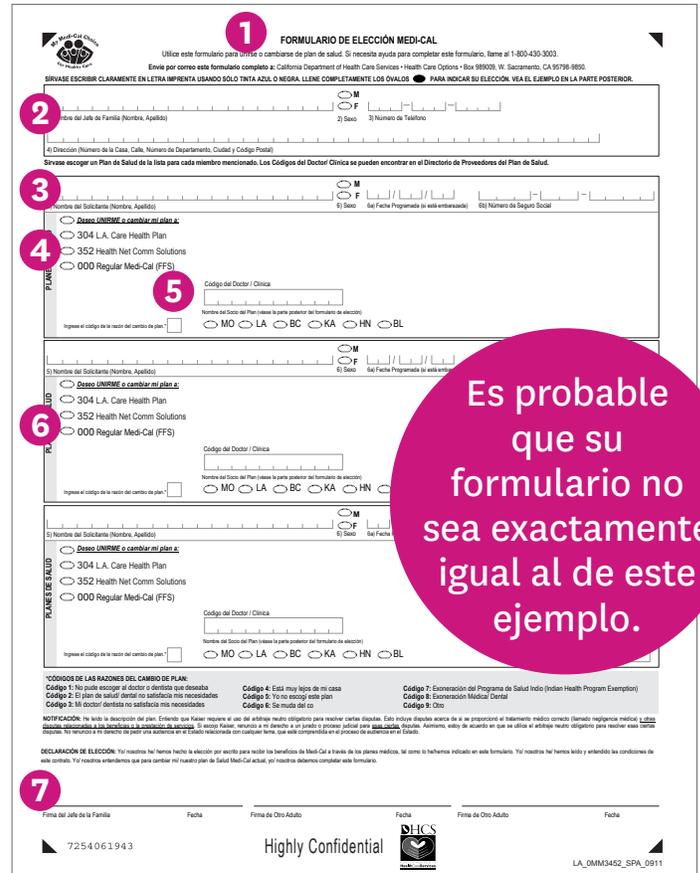
**Correcto:**   **Incorrecto:**  

5. Luego, agregue el código del médico o de la clínica correspondiente a su médico personal.
  - Ingrese en **www.healthnet.com** y haga clic en *Find a Provider* (Buscar un proveedor) y luego seleccione *Medi-Cal*.
  - Haga clic en *View Details* (Ver detalles) en los resultados de la búsqueda para encontrar más información sobre el médico.
  - Busque el **identificador de proveedor nacional** de 10 dígitos correspondiente a su médico. Escriba este número en el formulario, donde dice *Doctor/Clinic Code* (Código del médico o de la clínica).

6. Repita los pasos 3 a 5 para cada persona que quiera inscribir.
7. Asegúrese de que cada adulto que inscriba firme y feche el formulario.
8. Envíe el formulario en el sobre adjunto. No es necesario poner sellos ni estampillas.

Health Net of California, Inc., y Health Net Community Solutions, Inc., son subsidiarias de Health Net, LLC. Health Net es una marca de servicio registrada de Health Net, LLC. Todos los derechos reservados.

FLY052645S000 (1/21)



**1 FORMULARIO DE ELECCIÓN MEDI-CAL**  
 Utilice este formulario para iniciar o cambiar 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 98009, W. Sacramento, CA 95798-9809

**2** Nombre del jefe de familia (Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_  
 2) Sexo  M  F \_\_\_\_\_  
 3) Número de Teléfono \_\_\_\_\_

**3** El Dirección (Nombre de la Calle, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal) \_\_\_\_\_  
 Si vive en un Plan de Salud de la lista para cada miembro mencionado. Los Códigos del Doctor/Clinica se pueden encontrar en el Directorio de Proveedores del Plan de Salud.

**4** Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_  
 4) Sexo  M  F \_\_\_\_\_  
 5) Fecha Programada (si está embarazada) \_\_\_\_\_  
 6) Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**5** **PLAN DE SALUD**  
 **Desee UNIRSE o cambiar al 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 (Inrese la parte superior del formulario de selección)  
 Ingrese el código de la parte del cambio de plan:  MO  LA  BC  KA  HN  BL

**6** Nombre del Solicitante (Nombre, Apellido) \_\_\_\_\_  
 4) Sexo  M  F \_\_\_\_\_  
 5) Fecha Programada (si está embarazada) \_\_\_\_\_  
 6) Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

**7** **PLAN DE SALUD**  
 **Desee UNIRSE o cambiar al 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 (Inrese la parte superior del formulario de selección)  
 Ingrese el código de la parte del cambio de plan:  MO  LA  BC  KA  HN  BL

**7** **CODIGOS DE LAS RAZONES DEL CAMBIO DE PLAN:**  
 Código 1: No puede encontrar al doctor o clínica que desee  
 Código 2: El plan de salud actual no satisface mis necesidades  
 Código 3: Mi doctor/clínica no satisface mis necesidades  
 Código 4: Está muy lejos de mi casa  
 Código 5: No me gusta este plan  
 Código 6: Se acabó el dinero  
 Código 7: Exoneración del Programa de Salud Indio (Indian Health Program Exemption)  
 Código 8: Exoneración Médica Dental  
 Código 9: Otro

**NOTIFICACION:** He leído la descripción del plan. Entiendo que Kaiser requiere el uso del arbitraje realto obligatorio para resolver ciertas disputas. Este incluye disputas acerca de si se proporcionó el tratamiento médico correcto (servicio regulado médico) y esta opción no es aplicable a los planes de salud de Kaiser Permanente. El servicio Kaiser, entonces, se me otorga a su prestejo y protejo judicial para esta disputa. Asimismo, estoy de acuerdo en que se utilizará el arbitraje realto obligatorio para resolver esta disputa. He leído y entiendo lo que estoy haciendo y estoy autorizado por cualquier firma, que está comprendida en el proceso de inscripción en el Plan de Salud.

**DECLARACION DE ELECCION:** 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 familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma de Otro Adulto \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 7254061943 Highly Confidential  LA\_DMM3452\_SPA\_0911

**Si necesita ayuda, llámenos al número gratuito:**  
**1-800-327-0502 (TTY: 711)**  
 de lunes a viernes, de 7:30 a. m a 6:00 p. m.  
**Además, puede llamar al número gratuito de Opciones de Atención de Salud:**  
**1-800-430-4263 (TTY: 711)**  
 de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 5:00 p. m.