

Kaiser Permanente Medicare Advantage/Senior Advantage (HMO)

## Formulario de Inscripción/Elección de Grupo de Medicare

Llenar y devolver el formulario de inscripción es su primer paso para convertirse en miembro de Kaiser Permanente Medicare Advantage/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 el formulario de inscripción, llame a Kaiser Permanente al número de teléfono que se encuentra a continuación para su región, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

<b>Región de California</b>	<b>1-800-443-0815</b>	<b>Región de Washington</b> (Condados: Island, King, Kitsap, Lewis, Pierce, Skagit, Snohomish, Spokane, Thurston, Whatcom, Grays Harbor [Códigos postales: 98541, 98557, 98559, 98568], y Mason [Códigos postales: 98524, 98528, 98546, 98548, 98555, 98584, 98588, 98592]) <b>1-800-581-8252</b> (si llama a este número se le dirigirá a un especialista en ventas autorizado de Medicare)
<b>Región de Colorado</b>	<b>1-800-476-2167</b>	
<b>Región de Georgia</b>	<b>1-800-232-4404</b>	
<b>Región de Hawaii</b>	<b>1-800-805-2739</b>	
<b>Región de los Estados del Atlántico Medio</b>	<b>1-888-777-5536</b>	
<b>Región del Noroeste</b> (noroeste de Oregon, suroeste de Washington y condado de Lane, Oregon)	<b>1-877-221-8221</b>	

### 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 el formulario e incluya la fecha. **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 su formulario completado por FAX o CORREO ELECTRÓNICO:

FAX: 1-855-355-5334

CORREO ELECTRÓNICO: 8553555334@fax.kp.org

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

### Siguientes pasos

- Revisaremos su formulario para asegurarnos de que esté completo. Luego, le informaremos por correo que lo recibimos.
- Informaremos a Medicare que usted solicitó inscribirse a Medicare Advantage/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 verificar el estado de su solicitud, visite [kp.org/medicare/applicationstatus](https://www.kp.org/medicare/applicationstatus) (no se aplica a la región de Washington).



**Employer Group Use Only (Para Uso Exclusivo del Grupo del Empleador)**

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 Medicare Advantage/Senior Advantage, Proporcione la Siguiete Información**Indique en qué **región** de Kaiser Permanente reside y desea inscribirse:

- CALIFORNIA    COLORADO    GEORGIA    HAWAII    ESTADOS DEL ATLÁNTICO MEDIO    NOROESTE  
 WASHINGTON

Nombre del empleador o sindicato:

N.º de grupo:

APELLIDO:

NOMBRE:

Inicial del  
segundo nombre:

Sexo:

- Hombre  
 Mujer

¿Actualmente es miembro de algún plan de salud  
de Kaiser Permanente, o lo fue anteriormente? Sí    No   Si marcó "Sí":  Actual    Antiguo

Número de historia clínica de Kaiser Permanente:

Dirección de residencia permanente (no se permiten los apartados postales):

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono de su casa:

Número de teléfono celular:

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

**Dirección postal** (solo si es diferente a 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 aparece en su tarjeta de Medicare):

Número de Medicare:

Tiene derecho a: Fecha de vigencia:

HOSPITAL (Parte A)

MÉDICO (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 ¿Su cónyuge trabaja?  Sí  No  N/A

2. ¿Es usted el jubilado?  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 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 cobertura adicional:

N.º de identificación de la cobertura adicional:

Apellido  Nombre

5. ¿Vive en un centro de cuidados a largo plazo, como un hogar para ancianos?  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:

6. Fecha de vigencia solicitada (sujeta a la aprobación de los CMS):

**Solo para la región de Washington - Cómo seleccionar un médico de cabecera:**

Si actualmente tiene un médico de cabecera que tiene contrato con Kaiser Foundation Health Plan of Washington (los médicos de cabecera no incluyen especialistas) y le gustaría continuar viendo a ese médico, incluya su nombre aquí.

(Si es miembro actual de Kaiser Permanente y no hará un cambio de médico de cabecera, deje el espacio en blanco).

**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  Chino  Letra grande  Braille  CD

Si necesita información en un formato accesible o idioma diferente al mencionado anteriormente, comuníquese con Kaiser Permanente al siguiente número de teléfono para su región, los siete días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

**California 1-800-443-0815**  
**Colorado 1-800-476-2167**  
**Georgia 1-800-232-4404**  
**Hawaii 1-800-805-2739**

**Estados del Atlántico Medio 1-888-777-5536**  
**Noroeste 1-877-221-8221**  
**Washington 1-888-901-4600**

**Complete la siguiente información**

Si actualmente cuenta con cobertura de Kaiser Permanente por medio de más de un empleador o sindicato/fondo fiduciario, debe elegir UN empleador o sindicato/fondo fiduciario por medio del cual recibir la cobertura de Medicare Advantage/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  
(sujeta a la aprobación de los CMS):

Apellido

Nombre

## Lea y Firme A Continuación

### Al completar este formulario de inscripción, acepto lo siguiente:

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, algunos 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 a mi inscripción en otro plan de salud de Medicare automáticamente. 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 para medicamentos recetados de Medicare más adelante. Puedo abandonar este plan en cualquier momento durante este año, según lo permita mi grupo, enviando una solicitud a Kaiser Permanente o llamando al **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227** o TTY **1-877-486-2048**), las 24 horas del día, los 7 días a la semana. Sin embargo, antes de solicitar la cancelación de la afiliación, 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 por medio de más de un empleador o sindicato/fondo fiduciario, debo elegir una de estas opciones de cobertura para mi plan Medicare Advantage/Senior Advantage porque solo puedo estar inscrito en un plan Medicare Advantage/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 Medicare Advantage/Senior Advantage.

Kaiser Permanente brinda sus servicios en un área de servicio específica. Si me mudo del área donde brinda sus servicios Kaiser Permanente, necesito notificármelo al plan para poder cancelar y encontrar otro plan 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 **Evidencia de Cobertura** de Medicare Advantage/Senior Advantage de Kaiser Permanente cuando lo reciba para informarme de las reglas que debo seguir para obtener cobertura por medio de este plan de Medicare Advantage. Entiendo que las personas que tienen Medicare generalmente no tienen la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, a excepción de una cobertura limitada cerca de la frontera de los Estados Unidos.

Entiendo que, a partir de la fecha en que empiece la cobertura de Medicare Advantage/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 Medicare Advantage/Senior Advantage. **NI MEDICARE NI Kaiser Permanente PAGARÁN LOS SERVICIOS** si no se obtiene una autorización.

**Solo para la región del noroeste:** cualquier servicio recibido fuera del área de servicio del beneficio (si corresponde) no necesita ser autorizado o proporcionado por Kaiser Permanente.

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 de salud de Medicare, reconozco que el plan de salud de Medicare divulgará 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 los 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 actuar en mi nombre) en esta solicitud significa que he leído y entiendo el contenido de la misma. Si una persona autorizada (como se describe anteriormente) firma, 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.

Apellido Nombre **SOLO PARA AFILIADOS DE CALIFORNIA:****KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC. ACUERDO DE ARBITRAJE**

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal para Reclamaciones Menores, de las reclamaciones sujetas a un procedimiento de apelación de Medicare o de la reglamentación del procedimiento de reclamación de la ERISA o de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta al arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o 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 la supuesta violación de cualquier obligación derivada de o relacionada con la membresía de KFHP, incluida toda reclamación por negligencia médica u hospitalaria (reclamación según la cual los servicios médicos fueron innecesarios o no autorizados o prestados de forma indebida, negligente o incompetente), por responsabilidad civil de las instalaciones o relacionada con la cobertura o la prestación de servicios o artículos, independientemente de lo que disponga la doctrina jurídica, no deberá resolverse en un pleito o procedimiento judicial sino mediante arbitraje vinculante conforme a la legislación de California, excepto que las normas pertinentes determinen la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestros derechos a un juicio por jurado y acepto el uso de un arbitraje vinculante. Entiendo que la Evidencia de Cobertura incluye todas las disposiciones del arbitraje.

**SOLO PARA AFILIADOS DE HAWAII:****KAISER FOUNDATION HEALTH PLAN, INC. ACUERDO DE ARBITRAJE PARA LA REGIÓN DE HAWAII**

Si desea presentar una reclamación que no se resuelva mediante otros procedimientos descritos en esta sección, todas y cada una de las reclamaciones, disputas o causas de acción que surjan o estén relacionadas con este Acuerdo, su desempeño o presunta infracción, o la relación o conducta de las partes, incluidas, entre otras, todas y cada una de las reclamaciones, disputas o causas de acción basadas en un contrato, agravios, ley estatutaria o acciones en equidad, se resolverán mediante arbitraje vinculante según lo establecido en este Acuerdo. Las reclamaciones sujetas al proceso de apelaciones de Medicare no están sujetas a arbitraje vinculante.

Al inscribirse en Kaiser Permanente Senior Advantage, usted renuncia a todos los derechos para que se resuelva este tipo de reclamaciones en un tribunal de justicia. La decisión del árbitro es vinculante.

Esto incluye, pero no se limita a cualquier reclamación afirmada:

1. Por o contra usted o un miembro, los herederos o el representante personal de su patrimonio o del patrimonio del miembro, o cualquier otra persona con derecho a entablar una demanda por daños y perjuicios causados a usted o un miembro según lo permitido por la ley federal o estatal de Hawaii vigente en el momento en que se presenta la reclamación ("Partes Asociadas"). Para los propósitos de esta sección, todos los miembros de su familia o del miembro que tienen reclamaciones derivadas que surjan de dicho daño, también se considerarán "Partes Asociadas" y estarán sujetos a estos términos de arbitraje.
2. A causa de muerte, lesiones corporales, condiciones físicas, trastornos mentales o pérdidas económicas derivadas de la prestación o la falta de prestación de servicios médicos o la provisión o falta de provisión de los beneficios en virtud de este Acuerdo, responsabilidad civil de las instalaciones, o que surja de cualquier otra reclamación de cualquier naturaleza, independientemente de la teoría legal sobre la cual se afirma la reclamación; y
3. Por o contra una o más de las siguientes entidades o sus empleados, funcionarios o directores ("Partes de Kaiser Permanente"):
  - I. Kaiser Foundation Health Plan, Inc.
  - II. Kaiser Foundation Hospitals,
  - III. Hawaii Permanente Medical Group, Inc.,
  - IV. The Permanente Federation, LLC,
  - V. Cualquier persona u organización que tenga un contrato con una organización mencionada en los párrafos (i), (ii), (iii), (iv) o (v) anteriores para brindarle servicios a usted o a un paciente, cuando dicho contrato incluya una disposición que requiera el arbitraje de la reclamación hecha.

Apellido Nombre **Reclamaciones no sujetas a arbitraje vinculante**

Sin perjuicio de las disposiciones en contrario en este Acuerdo, las siguientes reclamaciones no estarán sujetas a arbitraje obligatorio:

1. Reclamaciones por daños monetarios dentro del límite jurisdiccional de la División de Pequeñas Reclamaciones de los Tribunales de Distrito del Estado de Hawaii;
2. Acciones para el nombramiento de un tutor legal de una persona o propiedad sujeta a leyes de sucesiones;
3. Órdenes puramente cautelares razonablemente necesarias para proteger la capacidad de Kaiser Permanente de prestar servicios médicos de manera segura en virtud de este Acuerdo (como órdenes de restricción temporales y órdenes judiciales de emergencia);
4. Para miembros de Grupos de empleadores privados, reclamaciones de beneficios conforme a la Sección 502(a)(1)(B) de la Ley de Seguridad sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA);
5. Reclamaciones sujetas al proceso de apelaciones de Medicare.

**Cómo iniciar el arbitraje**

Se iniciará una demanda de arbitraje mediante el envío de una carta certificada o registrada a cada parte nombrada contra la cual se realiza la reclamación, con un aviso de la existencia y naturaleza de la reclamación, el monto reclamado y una demanda de arbitraje. Las Partes de Kaiser Permanente serán notificadas por medio de una carta registrada o certificada, con franqueo prepagado, dirigida a las Partes de Kaiser Permanente a cargo del Plan de Salud a la dirección establecida en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Senior Advantage de Hawaii. Los árbitros tendrán jurisdicción únicamente sobre las personas y las entidades realmente notificadas.

**Procedimientos de arbitraje**

Dentro de los 30 días posteriores a la notificación de la demanda de arbitraje, las partes acordarán un panel de árbitros para seleccionar árbitros o acordarán árbitros particulares que se encargarán del caso. Si las partes no pueden acordar un panel de árbitros o árbitros particulares en el periodo de 30 días, entonces el panel de árbitros será el de Dispute Prevention and Resolution, Inc. ("DPR"). A menos que las partes acuerden otro servicio de arbitraje y reglas, DPR administrará el arbitraje y sus reglas de arbitraje gobernarán el arbitraje (incluidas las reglas para la selección de árbitros de un panel de árbitros, si las partes aún no han acordado árbitros particulares para prestar sus servicios).

Kaiser Permanente notificará a DPR (o a cualquier otro servicio de arbitraje que elijan las partes) del arbitraje dentro de los 15 días posteriores al vencimiento del periodo de 30 días indicado anteriormente.

Dentro de los 30 días calendario posteriores a la notificación a DPR, las partes seleccionarán un panel de tres árbitros de una lista que les enviará el servicio de arbitraje. En todas las reclamaciones que pretendan una recuperación monetaria total de menos de \$25,000.00, y en cualquier otro caso donde las partes acuerden mutuamente, se permitirá un panel de un árbitro seleccionado por ambas partes de una lista que les haya sido enviada por el servicio de arbitraje. El(los) árbitro(s) se encargará(n) de llevar a cabo una audiencia en Honolulu (o en cualquier otro lugar acordado por las partes) dentro de un tiempo razonable a partir de entonces.

El descubrimiento civil limitado se permitirá solo para:

1. La muestra de documentos que sean relevantes y materiales,
2. La toma de declaraciones breves de médicos tratantes, testigos expertos y partes (una parte corporativa designará a la persona que declarará en nombre de la corporación), y un máximo de otros tres testigos importantes para cada lado (es decir, demandados o demandantes), y
3. Evaluaciones médicas independientes.

El(los) árbitro(s) resolverá(n) cualquier disputa de descubrimiento presentada por cualquiera de las partes, incluida la presentación de órdenes de protección u otras órdenes de descubrimiento según corresponda para proteger los derechos de las partes según este párrafo.

Cualquier pago por los honorarios y gastos del servicio de arbitraje y el(los) árbitro(s) correrán a cargo de la siguiente manera: una tercera parte correrá a cargo de las Partes Asociadas y dos terceras partes correrán a cargo de las Partes de Kaiser Permanente.

Cada parte pagará sus propios honorarios de abogado, honorarios de testigos y costos de descubrimiento.

El(los) árbitro(s) puede(n) decidir una solicitud de disposición sumaria de una reclamación o asunto particular, previa solicitud de una de las partes en el procedimiento con aviso a todas las otras partes y una oportunidad razonable para que las otras partes respondan. Las normas aplicables a dicha solicitud serán las aplicables a las mociones análogas para juicio o rechazo sumario conforme a las Reglas Federales de Procedimiento Civil.



Apellido Nombre 

En reclamaciones que involucren beneficios y cobertura adeudados en virtud de este Acuerdo o disputas que impliquen la operación del Plan, las determinaciones e interpretaciones del Plan de Salud y sus decisiones sobre estos asuntos están sujetas a una revisión de novo.

El laudo arbitral será definitivo y vinculante. Usted, las Partes Asociadas y las Partes de Kaiser Permanente renuncian a sus derechos a un jurado o un juicio.

Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, el arbitraje se regirá por la Ley Federal de Arbitraje, Título 9 del U.S.C., Capítulo 1.

### **Disposiciones generales**

Todas las reclamaciones basadas en el mismo incidente, transacción o circunstancias relacionadas con usted o el mismo miembro serán arbitradas en un procedimiento (por ejemplo, todas las Partes Asociadas que afirman reclamaciones por un daño al mismo Miembro del Plan de Salud serán arbitradas en un procedimiento). Se renunciará a una reclamación de arbitraje y se la excluirá para siempre si en la fecha en que se recibe la notificación de la misma, la reclamación, si fuera luego declarada en una acción civil, estaría excluida por el estatuto de limitaciones aplicable de Hawaii. Todos los avisos u otros documentos requeridos para ser entregados o convenientes en la conducción de los procedimientos de arbitraje después de la entrega inicial deberán enviarse por correo, con franqueo prepagado, a la dirección que cada parte proporcione para este fin. Si se considera que la Ley Federal de Arbitraje u otra ley aplicable a estos términos de arbitraje prohíbe cualquier término de este Acuerdo en un caso particular, entonces dichos términos serán divisibles en ese caso y el resto de este Acuerdo no se verá afectado. Se prohíben las demandas colectivas y la consolidación de las partes que afirman reclamaciones con respecto a múltiples Miembros o pacientes. Las disposiciones de arbitraje en este Acuerdo prevalecerán sobre las de cualquier Acuerdo anterior.

### **Confidencialidad**

Este Acuerdo se refiere a la información médica personal cuya confidencialidad está protegida por la ley. Ninguna de las partes ni el(los) árbitro(s) pueden divulgar el contenido del procedimiento o laudo arbitral, salvo que lo exija la ley o que sea necesario para presentar una moción relacionada con el laudo conforme a la Ley Federal de Arbitraje, en cualquier tribunal federal o estatal de jurisdicción apropiada dentro de Hawaii, y en ese caso, las partes deberán tomar todas las medidas apropiadas para solicitar que los registros del arbitraje se presenten sellados ante el tribunal.

### **Reclamaciones especiales**

1. Reclamaciones por Negligencia Médica. Antes de iniciar cualquier procedimiento de arbitraje que alegue negligencia médica, primero debe enviar la reclamación a un Panel de Conciliación y Consultas Médicas de conformidad con las Secciones 11-19 del Capítulo 671 de los Estatutos Modificados de Hawaii. Luego de que el Panel de Conciliación y Consultas Médicas haya terminado el procedimiento, si la reclamación no se ha retirado o resuelto, deberá presentar una demanda de arbitraje ante las Partes de Kaiser Permanente según lo especificado anteriormente.
2. Reclamaciones de la ERISA. Si su plan se rige por la ERISA y tiene una reclamación de beneficios que es denegada o ignorada (en su totalidad o en parte), puede presentar una demanda en una corte federal conforme a la Sección 502(a)(1)(B) de la ERISA. Si se presenta una demanda, el tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, la corte puede ordenarle a la persona o entidad que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde, la corte puede ordenarle a usted que pague estos costos y honorarios, por ejemplo, si encuentra que su reclamación es frívola. Si tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el administrador del plan, es decir, su empleador o patrocinador del grupo.

Aunque no se requiere que las reclamaciones relacionadas con beneficios sujetos a la ERISA se resuelvan mediante arbitraje vinculante de conformidad con esta sección, aún puede realizar una elección voluntaria para utilizar el arbitraje vinculante para resolver estas reclamaciones, en lugar de un juicio, presentando una demanda de arbitraje sobre las Partes de Kaiser Permanente de conformidad con las disposiciones de la Sección 8-B de la **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Senior Advantage de Hawaii. Si usted realiza una elección voluntaria para usar el arbitraje vinculante, el arbitraje se llevará a cabo de conformidad con esta Sección 8-B de la **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Senior Advantage de Hawaii.

3. Reclamaciones de Miembros de Senior Advantage. Los procedimientos de quejas y apelaciones se describen en el capítulo 9 de la **Evidencia de Cobertura** de Kaiser Permanente Senior Advantage de Hawaii titulado, "Qué hacer si tiene un problema o una queja (decisiones de cobertura, apelaciones y quejas)". Las disposiciones de arbitraje de este Acuerdo se aplican solo a reclamaciones de Miembros de Senior Advantage presentadas a causa de negligencia médica o una violación de un deber legal que surja de este Acuerdo, independientemente de la teoría legal sobre la que se afirma la reclamación.

Apellido  Nombre 

Reconozco que leí y entendí la información del Acuerdo de Arbitraje antes presentado y acepto que yo, en mi nombre y el de todos los solicitantes y todos los miembros de la familia, por el presente (i) reconozco que leí y entendí las disposiciones del Acuerdo de Arbitraje de KFHP, (ii) acepto el arbitraje vinculante y (iii) renuncio a mi derecho constitucional de un juicio con jurado.

Firma: Fecha de hoy: 

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en la línea anterior y proporcionar la siguiente información:

Nombre: Dirección: Número de teléfono: Relación con la persona inscrita: **For CA, CO, GA, HI, NW & WA regions - Office Use Only (Para las regiones de CA, CO, GA, HI, NW y WA; 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: **For MAS region - Office Use Only (Para la región de MAS; Para Uso Exclusivo de la Oficina):**Name of staff member/agent/broker (if assisted in enrollment): Plan ID #: PBP#:  H2172-801  H2172-803  H2172-804  H2172-805Group Number:  Subgroup Number: Employer Subsidy Group  Yes  No Part D Group  Yes  NoICEP/IEP:  AEP:  SEP (type):