

Solicitud de cobertura médica

Planes individuales y familiares

 ¿Quién puede usar esta solicitud?	Con este formulario, usted puede solicitar un plan de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). • Si desea obtener cobertura para su familia dentro del mismo plan de KPIF, llene una solicitud para la familia. Si un miembro de la familia desea un plan de salud diferente, tendrá que llenar una solicitud por separado. • Para poder recibir la cobertura de KPIF, debe vivir en nuestra área de servicio de Hawái.
 ¿Quién no debe usar esta solicitud?	• Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tienen derecho a recibir Medicare Parte A o están inscritos en Medicare Parte B, no son elegibles para solicitar la nueva cobertura de KPIF. Visite kp.org/medicare (haga clic en "Español") para obtener más información sobre sus opciones de planes de Medicare o para solicitar la cobertura de Medicare. • Si califica para obtener asistencia financiera federal y desea ayuda para pagar los copagos, los coseguros, los deducibles o las primas, no llene esta solicitud. Puede solicitar la cobertura en buykp.org (haga clic en "Español"). • Para hacer cambios en su cuenta existente de KPIF, llame al 1-800-966-5955 (TTY 711).
 Cosas que debe recordar	• Si presenta la solicitud durante el periodo de inscripción abierta, es posible que su fecha de vigencia cambie según la fecha en la que recibamos su solicitud. Por lo general, será el 1 de enero si presenta la solicitud antes del 15 de diciembre. Devuelva esta solicitud lo antes posible, o puede presentar la solicitud más rápido en línea, en buykp.org (haga clic en "Español"). • Si presenta la solicitud durante un periodo de inscripción especial, visite kp.org/inscripcionespecial o llame al 1-800-494-5314 (TTY 711) para obtener instrucciones. • Responda todas las preguntas y escriba en una computadora o en letra de imprenta usando tinta únicamente. Deje un recuadro vacío entre cada palabra y agregue un guion en el recuadro para los nombres compuestos. • Recuerde que la inscripción en un nuevo plan no cancela automáticamente ninguna otra cobertura que tenga. Para evitar pagar dos planes o quedar sin cobertura, asegúrese de cancelar cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura. Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura. • Para asegurarse de que su solicitud se procese a tiempo y no se cancele, envíe cada página de la solicitud completada, con todas las firmas requeridas y una prueba de su evento calificado de vida. Todos los campos son obligatorios si la información está disponible. Proporcionar su número de teléfono y correo electrónico nos permite comunicarnos con usted más fácilmente, si es necesario, para procesar su solicitud. Envíe estos documentos por correo postal a: Kaiser Permanente for Individuals and Families P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193-9921 O envíelos por fax seguro al: 1-855-355-5334 Nota: Los cheques deben enviarse por correo postal y no por fax.
 ¿Necesita ayuda?	• Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-800-494-5314 (TTY 711). • Le brindaremos asistencia en su idioma sin costo. • Si trabaja con un corredor de seguros, llámelo para obtener ayuda.

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan, Inc., 711 Kapiolani Blvd., Honolulu, HI 96813.

PASO 1: Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (vaya al paso 2) ☐ Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones, ya que las fechas de vigencia varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **1-800-494-5314 (TTY 711)** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

Cambio en la cobertura médica

- ☐ Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (indique el último día completo que tuvo cobertura)
- ☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (*individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA*) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (*qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA*)
- ☐ Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios del Gobierno para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (*Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA*)

Cambio en la familia

- ☐ Adición de un dependiente o convertirse en dependiente mediante matrimonio o una pareja de hecho
- ☐ Adición de un dependiente o convertirse en dependiente por el nacimiento de un hijo, o por adopción o puesta en adopción o cuidados de crianza
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
 - ☐ La fecha del nacimiento, la adopción o la puesta en adopción o en cuidados de crianza
 - ☐ El primer día del mes posterior al nacimiento o la puesta en adopción o en cuidados de crianza

- ☐ Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
Nota: En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
 - ☐ La fecha de la orden de manutención u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
 - ☐ El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal
- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación por parte del intercambio de beneficios de salud por circunstancias excepcionales

Escriba la fecha de su evento calificado de vida. / / (mm/dd/aaaa)

PASO 2: Elija su plan de salud

Elija un plan de salud. Si algún familiar va a solicitar un plan de salud diferente, envíe un formulario para cada plan por separado.

Bronze	Silver	Gold	Platinum
☐ KP HI Bronze 6000/65	☐ KP HI Silver 3000 Ded/600 Rx Ded Off	☐ KP HI Gold 0/40	☐ KP HI Platinum 0/5
☐ KP HI Bronze 6000/65 Plus CAM	☐ KP HI Silver 3000 Ded/600 Rx Ded Plus CAM Off	☐ KP HI Gold 0/40 Plus CAM	☐ KP HI Platinum 0/5 Plus CAM
☐ KP HI Standard Bronze 7500/50	☐ KP HI Silver 4000 Ded/600 Rx Ded Off	☐ KP HI Gold 1000 Ded/250 Rx Ded	☐ KP HI Standard Platinum 0/10
	☐ KP HI Standard Silver 6000/40 Off	☐ KP HI Standard Gold 2000/30	

Para conocer los beneficios de salud y atención dental, así como sus limitaciones, costos compartidos y primas, consulte los documentos de inscripción. Para solicitar una copia de la *Guía del Plan de Salud (Guide to Your Health Plan)* de Kaiser Permanente Hawaii de un plan específico, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-966-5955 (TTY 711)** o comuníquese con su corredor de seguros.

PASO 3: Confirme su plan de atención dental pediátrica (Rellene esta sección si la persona solicitante principal o los dependientes tienen 18 años o menos).

Si se inscribe en un plan de KPIF, por ley, también debe inscribirse en un plan de atención dental pediátrica aparte. O bien, debe informarnos si ya tiene otra cobertura dental pediátrica certificada por el intercambio de beneficios de salud.

- ☐ He comprado otra cobertura dental pediátrica certificada por el intercambio de beneficios de salud.

Solicitante principal

PASO 4: Llene su información (Todos los campos son obligatorios, si están disponibles)

Solicitante principal En un plan individual, la persona solicitante principal es la que tendrá la cobertura del plan de salud. En un plan familiar, la persona solicitante principal es el familiar que tiene cobertura del plan de salud y está autorizado a realizar cambios en la cuenta. Si esta solicitud es solo para un niño menor de 18 años, el niño es el solicitante principal.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

/

/

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Género:

☐ Masculino

☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

-

-

Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

-

-

Dirección de correo electrónico

Dirección postal

☐ Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa

Ciudad

Estado

Código postal

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? ☐ Sí ☐ No

Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente.

¿Usa la persona solicitante principal que está comprando este plan un acuerdo de reembolso de gastos médicos (*health reimbursement arrangement, HRA*)? ☐ Sí

Si responde "Sí", ¿qué tipo?: ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de gastos médicos de cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos para pequeños empleadores calificados (QSEHRA), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarlo a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura médica de grupo tradicional.

Usar el HRA de un empleador para ayudar a pagar las primas y los gastos de bolsillo no cambia su elegibilidad para un plan individual o familiar de Kaiser Permanente.

Padre, madre o tutor legal

Complete esta sección si la persona solicitante principal es menor de 18 años.
El padre, la madre o el tutor legal debe ser mayor de 18 años.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Idioma que prefiere hablar (si no es inglés)

Idioma que prefiere leer (si no es inglés)

Cónyuge o pareja de hecho que recibirá cobertura

Una pareja de hecho es una persona registrada y reconocida legalmente como su pareja de hecho por el estado de Hawái.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

☐ Cónyuge ☐ pareja de hecho

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

 -

Estado (si corresponde)

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Dependientes que recibirán cobertura

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y preséntela con su solicitud. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

1 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

 -

Estado (si corresponde)

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social (si corresponde)

 - -

Relación con la persona solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Solicitante principal

Dependientes que recibirán cobertura (continuación)

2 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior
(si corresponde)

Estado
(si corresponde)

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social
(si corresponde)

 - -

Relación con la persona solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

3 Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Apellido

Número de historia clínica anterior
(si corresponde)

Estado
(si corresponde)

Género:

☐ Masculino ☐ Femenino

☐ Prefiere no especificar

Número del Seguro Social
(si corresponde)

 - -

Relación con la persona solicitante principal

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Dirección de correo electrónico

Solicitantes mayores de 21 años: ¿Ha consumido tabaco al menos 4 veces por semana en los últimos 6 meses (con excepción del consumo con fines religiosos o ceremoniales)? Los productos incluyen cigarrillos, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

PASO 5: Elija un representante autorizado (si tiene uno)

Puede autorizar a un amigo de confianza o a un pariente para que hable con nosotros sobre esta solicitud, para que vea su información o para que actúe en su nombre solo en cuestiones relacionadas con esta solicitud. Esta persona se conoce como el representante autorizado.

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)

 - -

Al firmar, usted designa a esta persona como su representante legal autorizado para que obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en su nombre en cuestiones relacionadas con esta solicitud.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

Solicitante principal (padre, madre o tutor legal si es menor de 18 años)

Solicitante principal

PASO 6: Firme el acuerdo de solicitud

Importante: Todas las personas solicitantes y dependientes mayores de 18 años deben leer la información, firmar y escribir la fecha a continuación. Si la persona solicitante principal es menor de 18 años, su padre, madre o tutor legal deberá firmar. Al firmar, el padre, la madre o el tutor legal se compromete a pagar la totalidad de las primas, los copagos, los coseguros y los deducibles de todas las personas solicitantes mencionadas en esta solicitud. Una copia de su acuerdo con su firma es tan válida como el original. Si faltan las firmas, cancelaremos la solicitud. Si deben firmar más de 3 dependientes mayores de 18 años, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales. Para ser elegible para la cobertura de KPIF, ni usted ni ninguno de los dependientes por los que presenta la solicitud pueden tener derecho a recibir Medicare Parte A ni estar inscritos en Medicare Parte B.

- Confirmando que ningún solicitante mencionado en este formulario tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Entiendo que Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) se basará de la información proporcionada en esta solicitud. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, KPIF puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente hasta la fecha de vigencia.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensaje de texto o mensaje de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions.

X		Fecha (mm/dd/aaaa)	/ /
	Solicitante principal (padre, madre o tutor legal si es menor de 18 años)		
X		Fecha (mm/dd/aaaa)	/ /
	Cónyuge/pareja de hecho		
X		Fecha (mm/dd/aaaa)	/ /
	Dependiente (de 18 años o mayor)		
X		Fecha (mm/dd/aaaa)	/ /
	Dependiente (de 18 años o mayor)		
X		Fecha (mm/dd/aaaa)	/ /
	Dependiente (de 18 años o mayor)		

PASO 7: Revise el Acuerdo de Arbitraje

Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., para el Mercado de Hawái

Excepto según se indica en la sección "Resolución de Disputas" de la *Guía del Plan de Salud (Guide to Your Health Plan)* de Kaiser Permanente Hawaii o según disponga la ley correspondiente, todo reclamo, disputa o causa de acción que surja o se relacione con la *Guía* o la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*, su ejecución o supuesto incumplimiento, o la relación o conducta de las partes, lo que incluye, entre otros, todo reclamo, disputa o causa de acción con base en un contrato, una responsabilidad extracontractual, una ley estatutaria o acciones en equidad, se resolverá mediante arbitraje vinculante.

Esto incluye, entre otros, cualquier reclamo presentado:

Por o en contra de un miembro, un paciente, los herederos o el representante personal del patrimonio del miembro o paciente, o cualquier otra persona con derecho a entablar una demanda por daños que surja de daños al miembro o paciente, o esté relacionada con estos, según lo permitido por la ley federal o estatal de Hawái vigente en el momento en que se presenta el reclamo ("Partes del Miembro"). A los fines de este Acuerdo, todos los familiares del miembro o paciente que tengan reclamos derivados que surjan de dicho daño también se considerarán "Partes del Miembro" y estarán sujetos a estos términos de arbitraje.

A causa de muerte, lesiones corporales, afecciones físicas, trastornos mentales o pérdidas económicas derivadas de la prestación o falta de prestación de servicios médicos, de la provisión o falta de provisión de los beneficios en virtud de este Acuerdo (excepto cuando la ley vigente prohíba explícitamente el arbitraje vinculante) o de responsabilidad civil de las instalaciones, o que surja de algún otro reclamo de cualquier naturaleza, independientemente de la teoría legal sobre la que se afirme el reclamo.

Por o en contra de una o más de las siguientes entidades o sus empleados, funcionarios o directores ("Partes de Kaiser Permanente"):

- Kaiser Foundation Health Plan, Inc.;
- Kaiser Foundation Hospitals;
- Hawaii Permanente Medical Group, Inc.;
- The Permanente Federation, LLC;
- cualquier persona u organización que tenga un contrato con una de las organizaciones mencionadas anteriormente para brindar servicios médicos a los miembros del plan de salud, cuando dicho contrato incluya una disposición que requiera el arbitraje del reclamo presentado.

Sin perjuicio de las disposiciones que indiquen lo contrario en este Acuerdo, los siguientes reclamos no estarán sujetos al arbitraje obligatorio:

- reclamos por daños monetarios dentro del límite jurisdiccional de la División de Reclamos Menores de los tribunales de distrito del estado de Hawái;
- acciones para la designación del tutor legal de una persona o propiedad sujeta a leyes de sucesiones;
- órdenes puramente cautelares y razonablemente necesarias para proteger la capacidad de Kaiser Permanente de prestar servicios médicos de manera segura (como órdenes de restricción temporales y órdenes judiciales de emergencia);
- reclamos que no puedan estar sujetos al arbitraje vinculante según la ley federal o estatal correspondiente;
- en el caso de miembros de Medicare, reclamos sujetos al proceso de apelaciones de Medicare.

Cómo Iniciar el Arbitraje

Para iniciar una demanda de arbitraje, se deberá enviar una carta certificada o registrada a cada parte nombrada contra la cual se hace el reclamo, con un aviso de la existencia y naturaleza del reclamo, el monto reclamado y una demanda de arbitraje. Las Partes de Kaiser Permanente serán notificadas mediante una carta registrada o certificada, con franqueo prepago, dirigida a las Partes de Kaiser Permanente a cargo del plan de salud a esta dirección: Kaiser Foundation Health Plan, Inc., Member Services, 711 Kapiolani Boulevard, Honolulu, HI 96813. Los árbitros tendrán jurisdicción únicamente sobre las personas y las entidades efectivamente notificadas.

Procedimientos de Arbitraje

Dentro de los 30 días después de notificar la demanda de arbitraje, las partes acordarán un panel de árbitros del cual seleccionarán los árbitros o acordarán los 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, el panel de árbitros será el de Dispute Prevention and Resolution, Inc. ("DPR"). A menos que las partes acuerden otro servicio de arbitraje y otras reglas, DPR administrará el arbitraje y este se regirá por las reglas de DPR (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 después de que venza el periodo de 30 días indicado anteriormente.

(continúa en la página siguiente)

Revise el Acuerdo de Arbitraje *(continuación)*

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 todos los reclamos en los que se solicite una recuperación monetaria total de menos de \$25,000.00, y en cualquier otro caso en que las partes acuerden mutuamente, se permitirá un panel de un árbitro seleccionado por ambas partes a partir de una lista que les haya enviado el servicio de arbitraje. Los árbitros (o el árbitro) se encargarán 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.

Se permitirá un descubrimiento civil limitado solo para presentar documentos que sean apropiados e importantes, tomar declaraciones breves de médicos tratantes, partes y testigos expertos (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 evaluaciones médicas independientes.

Los árbitros resolverán cualquier disputa de descubrimiento presentada por alguna 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.

El pago de honorarios y gastos del servicio de arbitraje y de los árbitros se dividirá de esta manera: las Partes del Miembro cubrirán un tercio y las Partes de Kaiser Permanente se harán cargo de los dos tercios restantes. Cada parte pagará sus propios honorarios de abogado, honorarios de testigos y costos de descubrimiento.

Los árbitros pueden decidir una solicitud de disposición sumaria de un reclamo 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.

En reclamos 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. Las Partes del Miembro y las Partes de Kaiser Permanente renuncian a sus derechos a un juicio por jurado o ante un tribunal. Con respecto a cualquier asunto no previsto expresamente en este documento, el arbitraje se regirá por la Ley Federal de Arbitraje, *Título 9 del Código de Estados Unidos (United States Code, USC), Capítulo 1*.

Disposiciones Generales

Todos los reclamos basados en el mismo incidente, transacción o circunstancia relacionada sobre el mismo miembro o paciente se arbitrarán en un procedimiento (por ejemplo, todas las Partes del Miembro que presenten reclamos que surjan de una lesión del mismo miembro del plan de salud se arbitrarán en un procedimiento).

Se renunciará a un reclamo de arbitraje y se lo excluirá para siempre si, en la fecha en que se recibe la notificación correspondiente, el reclamo, si fuera luego declarado en una acción civil, estuviera excluido por el estatuto de limitaciones aplicable de Hawái. Todos los avisos u otros documentos que deban notificarse o que sean convenientes para llevar a cabo los procedimientos de arbitraje después de la notificación 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 correspondiente 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 acciones colectivas y la consolidación de las partes que presentan reclamos con respecto a varios miembros o pacientes. Las disposiciones de arbitraje de este Acuerdo prevalecerán sobre las de cualquier acuerdo anterior.

Confidencialidad del Arbitraje

Ni las partes ni los árbitros pueden divulgar el contenido del procedimiento o laudo arbitral en ningún tribunal federal o estatal de jurisdicción apropiada dentro de Hawái, a menos 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 cuyo caso, las partes deberán tomar todas las medidas apropiadas para solicitar que los registros del arbitraje se presenten sellados ante el tribunal.

Reclamos Especiales

Reclamos por Negligencia Médica

Antes de iniciar cualquier procedimiento de arbitraje que alegue negligencia médica, las Partes del Miembro primero deberán enviar el reclamo a un panel de conciliación y consultas médicas de conformidad con las Secciones 11 a 19 del Capítulo 671 de los Estatutos Revisados de Hawái. Luego de que el panel de conciliación y consultas médicas haya emitido una decisión de consultoría, si el reclamo no se ha retirado o resuelto, las Partes del Miembro deberán notificar sobre la demanda de arbitraje a las Partes de Kaiser Permanente como se indica en la sección "Cómo Iniciar el Arbitraje".

(continúa en la página siguiente)

Revise el Acuerdo de Arbitraje *(continuación)*

Reclamos por Beneficios

Si la Parte del Miembro tiene un reclamo por beneficios que se deniega o ignora (de manera total o parcial), dicha parte puede presentar acciones legales ante un tribunal federal o estatal, según corresponda, una vez que haya cumplido con todo el proceso de reclamos y apelaciones y, si corresponde, el proceso de revisiones externas. El tribunal decidirá quién debe pagar los gastos de tribunales y los honorarios legales. Si la Parte del Miembro gana, el tribunal puede ordenar que la persona o entidad demandada por dicha parte pague estos gastos y honorarios. Si la Parte del Miembro pierde, el tribunal puede ordenar que dicha parte pague estos gastos y honorarios, por ejemplo, si considera que el reclamo de la Parte del Miembro no tiene fundamento. Si la Parte del Miembro tiene alguna pregunta sobre su plan, debe comunicarse con el plan de salud al **1-800-966-5955 (TTY 711)**.

Aunque puede no ser obligatorio resolver los reclamos relacionados con beneficios mediante arbitraje vinculante conforme a esta sección, las Partes del Miembro aún pueden elegir voluntariamente usar el arbitraje vinculante, en lugar de un juicio ante un tribunal, para resolver estos reclamos. Para ello, deben presentar una demanda de arbitraje a las Partes de Kaiser Permanente según se indica en la sección "Cómo Iniciar el Arbitraje". Si una Parte del Miembro elige voluntariamente usar el arbitraje vinculante, este se llevará a cabo según se indica en la sección "Resolución de Disputas" de la *Guía* o la *EOC*.

Apelación Externa de Decisiones de Revisión Interna

Si no está de acuerdo con la determinación final interna de beneficios de Kaiser Permanente, puede solicitar un arbitraje vinculante voluntario conforme a los procedimientos de este Acuerdo. Además de los procedimientos de arbitraje que se indican en este Acuerdo y que el miembro puede elegir (pero no son obligatorios), en el Capítulo 432E de los Estatutos Revisados de Hawái, también se establecen ciertos derechos de revisión externa para que los miembros envíen una solicitud de revisión externa a la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado dentro de los 130 días a partir de la fecha de la determinación final interna de Kaiser. Estos derechos están sujetos a las limitaciones que se indican en el párrafo siguiente y a los requisitos y las limitaciones del Capítulo 432E de los Estatutos Revisados de Hawái (lo que incluye cumplir con todos los procedimientos internos de quejas y apelaciones de Kaiser Permanente antes de solicitar una revisión externa, salvo según se especifica en el Capítulo 432E para situaciones en las que se permite una revisión externa simultánea o cuando Kaiser Permanente no haya cumplido con los requisitos federales relacionados con su proceso de reclamos y apelaciones). La descripción completa del proceso de reclamos y apelaciones de Kaiser Permanente se describe en la sección "Apelaciones" de la *Guía* o la *EOC*.

Las revisiones externas del Capítulo 432E se limitan a situaciones en las que (a) la queja no es por acusaciones de negligencia médica, negligencia profesional u otra falta profesional por parte de los proveedores de atención médica, y (b) la queja se relaciona con una acción adversa según se define en el Capítulo 432E de los Estatutos Revisados de Hawái. El plan de salud puede oponerse a las revisiones externas conforme al Capítulo 432E si no cumplen con las normas de revisión externa según la ley federal y estatal correspondiente. Además, el plan de salud se reserva todos sus derechos y recursos al respecto. No se considerará que la recitación de las disposiciones de la ley estatal constituya una renuncia a tales objeciones.

Solicitante principal

PASO 8: Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

Reconozco que he leído y entendido la información y las condiciones que se explican en la disposición de arbitraje incluida en las páginas 7, 8 y 9 del Acuerdo de Arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc., para el Mercado de Hawái. Asimismo, por medio de este documento, en mi nombre y el de todos los solicitantes y miembros de la familia, acepto el arbitraje vinculante de todos los reclamos según se describe en dicha disposición y acepto que renunciamos a nuestros derechos constitucionales a un juicio por jurado o ante un tribunal con respecto a dichos reclamos. Entiendo que, al firmar a continuación, esto servirá como mi firma de aceptación de las condiciones establecidas en las disposiciones de arbitraje del Acuerdo del plan de salud.

X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Solicitante principal (padre, madre o tutor legal si es menor de 18 años)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Cónyuge/pareja de hecho	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Dependiente (de 18 años o mayor)	
X		Fecha (mm/dd/aaaa) / /
	Dependiente (de 18 años o mayor)	

Solicitante principal

PASO 9: Ingrese los datos para el pago para el primer mes

Si no envía la información de pago completa o el pago con su solicitud, recibirá una factura. Debe pagar la prima del primer mes antes de la fecha de vencimiento que se indica en la factura; de lo contrario, se cancelará su solicitud y no tendrá cobertura.

Información de pago

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago (elija una) ☐ Pago electrónico ☐ Cheque ☐ Giro postal ☐ Tarjeta de crédito ☐ Tarjeta de débito

Si escogió el pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta:

☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia del monto del pago del primer mes de mi cuenta corriente o cuenta de ahorros cuando KFHP procese mi solicitud.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Firma del titular de la cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa)

Si escogió cheque o giro postal

Escriba en el cheque el nombre de la persona solicitante principal. Envíe el pago por correo postal junto con su solicitud a la dirección que se menciona en la página 1.

Para pagar con tarjeta de crédito o débito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Firma del titular de la tarjeta

Fecha (mm/dd/aaaa)

Pagos mensuales automáticos (opcional)

Para cancelar o actualizar los pagos automáticos, visite kp.org/payonline (en inglés) o comuníquese con la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al 1-800-966-5955 (TTY 711).

¿Desea registrarse para hacer pagos mensuales automáticos?

- ☐ Sí
- ☐ Deseo registrar un nuevo método de pago. (Llene esta página).
- ☐ Utilicen el mismo método de pago que proporcioné para el pago de mi primer mes. (Sáltese esta página).
- ☐ No, no deseo hacer pagos mensuales automáticos. (Sáltese esta página).

Nombre de la persona responsable del pago

Inicial del segundo nombre

Apellido de la persona responsable del pago

Dirección de facturación

Ciudad

Estado

Código postal

Opciones de pago automático (elija una) ☐ Pago electrónico ☐ Tarjeta de crédito (no se pueden usar tarjetas de débito)

Si escogió el pago electrónico, seleccione el tipo de cuenta: ☐ Cuenta corriente ☐ Cuenta de ahorros

Autorizo a Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP) y a la institución financiera designada a que acepten esta transferencia de mi cuenta corriente o de ahorros.

Nombre del banco

Número de ruta bancaria

Número de cuenta

Nombre del titular de la cuenta

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la cuenta

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la cuenta

Para pagar con tarjeta de crédito, llene la siguiente sección.

Nombre del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

Inicial del segundo nombre

Apellido del titular de la tarjeta (como aparece en la tarjeta)

Número de tarjeta

Fecha de vencimiento (mm/aaaa)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma del titular de la tarjeta

Solicitante principal

Para solicitantes que trabajen con un corredor de seguros o un representante de Kaiser Permanente

Si un corredor de seguros o representante de Kaiser Permanente (empleado) le ayudó a decidir en qué plan inscribirse o le ayudó a llenar la solicitud, asegúrese de que complete esta página.

El corredor de seguros puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación en relación con su compra de la cobertura.

Nota: Las primas son las mismas, independientemente de si utiliza o no los servicios de un corredor de seguros o un representante de Kaiser Permanente.

Esta sección debe llenarla su corredor de seguros o representante después de que usted llene esta solicitud:

Agency name

Agency ID number

Broker or Kaiser Permanente representative (first, middle, last)

Address

City

State

ZIP code

Kaiser Permanente–appointed ID number

National producer number (NPN)

Primary phone (mobile phone, if available)

Fax

Email address

I (the broker or Kaiser Permanente representative) have not made any representations to the applicant about any provisions, benefits, conditions, or limitations of *Kaiser Permanente Hawaii's Guide to Your Health Plan* except through written materials furnished by KPIF. The applicant has been informed that the effective date of coverage is assigned by KPIF based on when the application is received. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded.

I assisted the applicant in submitting this application. To the best of my knowledge, the information on this application is complete and accurate. I explained to the applicant, in easy-to-understand language, the risk to the applicant of providing inaccurate information, and the applicant understood the explanation.

☐ Yes ☐ No

X

Date (mm/dd/yyyy)

Broker or Kaiser Permanente representative

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes de derechos civiles aplicables federales y no discrimina o excluye a las personas ni las trata de forma diferente por motivos de raza, color, país de origen (incluido el dominio de inglés limitado y el idioma principal), edad, discapacidad o sexo (incluidas características sexuales, rasgos intersexuales, embarazo o condiciones relacionadas, orientación sexual, identidad de género, expresión de género y estereotipos de género).

Kaiser Health Plan:

- Brinda ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros eficazmente, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - información escrita en otros formatos, tales como letra grande, audio, braille y formatos electrónicos accesibles.
- Brinda servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - intérpretes calificados,
 - información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame al **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Si considera que el Kaiser Health Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de alguna otra forma por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal por correo postal o por teléfono a:

Membership Services

Attn: Kaiser Civil Rights Coordinator
711 Kapiolani Blvd
Honolulu, HI 96813
1-800-966-5955

También puede presentar una queja sobre derechos civiles a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services,
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington,
DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Este aviso está disponible en <https://healthy.kaiserpermanente.org/hawaii/language-assistance/nondiscrimination-notice> (cambie el idioma a español)

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services including appropriate auxiliary aids and services, free of charge, are available to you. Call **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Cebuano (Bisaya) PAGPAHIMANGNO: Kung nag-istorya ka og Cebuano, ang mga serbisyo sa tabang sa pinulongan lakip ang angay nga mga auxiliary nga mga himan ug serbisyo, libre, anaa kanimo. Tawag sa **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意事項: 如果您說中文，您可獲得免費語言協助服務，包括適當的輔助器材和服務。致電 **1-800-966-5955** (TTY: **711**)。

Chuuk (Chukese) ESINESIN: Ika en mi sine Fosun Chuuk, mi kawor aninisin fosun fonu mei pachonong pisekin aninis, ese kamo, mi kawor ngonuk. Kekeru **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

‘Ōlelo Hawai‘i (Hawaiian) E NĀNĀ MAI: Inā ho‘opuka ‘oe i ka ‘ōlelo Hawai‘i, hiki iā ‘oe ke nā lawelawe kōkua ‘ōlelo me nā kōkua kōkua kūpono a me nā lawelawe, manuahi ‘ole, loa‘a i ke kōkua manuahi. E kelepona i ka helu **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Iloko (Ilocano) ATENSION: No makasaoka iti Ilokano, dagiti serbisio a tulong iti pagsasao agraman dagiti maitutop a kanayonan a tulong ken serbisio, a libre, ket mabalin a mausar para kenka. Tawagan ti **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意: 日本語を話す場合、適切な補助機器やサービスを含む言語支援サービスが無料で提供されます。**1-800-966-5955** までお電話ください (TTY: **711**)。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 구사하실 경우, 필요한 보조 기기 및 서비스가 포함된 언어 지원 서비스가 무료로 제공됩니다. **1-800-966-5955** (TTY: **711**)로 전화해 주세요.

ລາວ (Laotian) ຄໍາໃຈໃສ່: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ລວມທັງຂໍ້ບໍ່ກອນ ແລະ ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອທົ່ວໄປອື່ນໆ ຈະມີໃຫ້ທ່ານໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Kajin Majōl (Marshallese) Roñjake: Ñe kwōjelā kajin Kajin Majōl, eo ej jipañ eok ilo kajin in ekaoba jerbāl ko jet, ejjelōk oñāāer, repelōk ñan eok. Kūr tok **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Naabeehó (Navajo) DÍÍ BAA AKÓ NÍNÍZIN: Díí saad bee yánítí'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', biniit'aa da beeso ndinish'aah t'aala'I bí'aa 'anashwo' doo biniit'aa, t'aadoo baahilinigoo bits'aadoo yeel, t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Lokaiahn Pohnpei (Pohnpeian) MEHN KAIR: Ma komw kin lokiaiahn Pohnpei, wasahn sawas en palien me kele mehlel oh sarawi kan me pahn limpoak, en kak sawa ni ke, lokaia kak sawas ni sohte isais. Koahl nempe **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Faa-Samoa (Samoan) FA'AMALU: Afai e te tautala i le Gagana Samoa, o auaunaga fesoasoani i le gagana, e aofia ai meafaigaluega talafeagai ma auaunaga, e leai ni tootogi, o lo'o avanoa mo oe. Fa'amalie atu i le **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística que incluyen ayudas y servicios auxiliares adecuados y gratuitos. Llame al **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa iyo ang serbisyo ng tulong sa wika kabilang ang mga naaangkop na karagdagang tulong at serbisyo, nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Lea Faka-Tonga (Tongan) FAKATOKANGA: Kapau 'oku ke lea Faka-Tonga, 'oku 'i ai ha sevesi tokoni fakatonu lea pea mo ha naunau me'a fanongo, 'oku ta'etotongi, mo faingamalie kiate koe. Taa **1-800-966-5955** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, bạn có thể sử dụng các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí, bao gồm các dịch vụ và phương tiện hỗ trợ phù hợp. Xin gọi **1-800-966-5955** (TTY: **711**).