

Información sobre la Opción de Elección del Consumidor (Consumer Choice Option – CCO)

Como miembro de KAISER PERMANENTE, usted puede consultar a nuestros médicos de los centros médicos de Kaiser Permanente o a médicos participantes (comúnmente conocidos como “médicos afiliados comunitarios”) que atienden en sus consultorios en toda la ciudad. Nos gustaría informarle sobre la **Opción de Elección del Consumidor (CCO)**, la cual le permite consultar a proveedores no disponibles a través de nuestro plan de salud y recibir beneficios comparables con aquellos que recibe al consultar proveedores pertenecientes a la red. Si elige la CCO, su prima aumentará en un 17.5% sobre el total de la prima de atención médica.

Debido a que la CCO es algo compleja, le pedimos que lea detenidamente el siguiente material de manera de poder tomar una decisión con toda la información en sus manos.

- Puede seleccionar la CCO únicamente durante los períodos de inscripción abierta de su empleador o como nuevo empleado, excepto en ciertas circunstancias que se describen detalladamente en la información adjunta “Declaración completa”.
- Para seleccionar médicos de la CCO debe llevar a cabo un proceso de postulación. KAISER PERMANENTE no garantiza que aceptará a los médicos que usted postule, ni tampoco que el/los médicos postulados estarán dispuestos a aceptar el reembolso de KAISER PERMANENTE. Las postulaciones declinadas por KAISER PERMANENTE no pueden ser apeladas.
- KAISER PERMANENTE no puede controlar el tiempo que le pueda tomar a un proveedor solicitar información acerca de nuestras normas y procedimientos o esquemas de tarifas antes de tomar la decisión de participar o no en la CCO.
- Tenga en cuenta que KAISER PERMANENTE no llevará a cabo ninguna acción con respecto a los formularios de postulación presentados, ni comenzará el período de tres días de respuesta a los formularios de postulación hasta que el sistema de inscripciones de KAISER PERMANENTE indique que usted es un miembro de la CCO.
- KAISER PERMANENTE no es responsable por la calidad de la atención o los servicios recibidos de parte de el/los proveedores que hayan sido postulados y aceptados por usted. No llevaremos a cabo el mismo riguroso proceso de revisión que se realiza con médicos contratados por KAISER PERMANENTE.
- Al seleccionar la CCO, usted y el proveedor de la CCO que consulte son responsables de conseguir los referidos, precertificaciones y autorizaciones anticipadas y respetar la lista de medicamentos tal como lo describen sus materiales de inscripción. Si usted o el proveedor postulado y aceptado no siguen las pautas de KAISER PERMANENTE, no se cubrirá ni reembolsará por dichos servicios.
- Puede consultar a su proveedor postulado y aceptado para la prestación de servicios cubiertos por su plan de salud, tal como lo describe el cuadernillo *Evidencia de cobertura*. Aquellos servicios no cubiertos son su exclusiva responsabilidad.
- Si desea ser internado en un hospital que no pertenece a la red, deberá postular el hospital previo a ser internado así como también a cualquier médico no perteneciente a la red que pudiera atenderle durante su estada en dicho hospital.
- Si le interesa la posibilidad de recibir servicios de parte de un grupo de médicos, debe postular a cada médico del grupo individualmente.
- Si postula a un médico especialista, es posible que no tenga acceso directo a dicho médico. Deberá reunir las condiciones necesarias para una referencia a través de nuestro proceso de referidos regular. No podrá consultar para cuestiones de atención primaria o de rutina a un médico especialista postulado.
- Aunque elija la CCO, no necesita postular a un médico perteneciente a la red de KAISER PERMANENTE si desea consultarlo.

Por favor lea cuidadosamente el formulario de elección antes de firmarlo. Si elige la CCO, se requiere también la firma de su empleador. Si decide elegir la CCO, debe enviarnos el formulario de elección junto con su formulario de inscripción.

Una vez que usted sea identificado como miembro de la CCO en el sistema de inscripción de KAISER PERMANENTE y que KAISER PERMANENTE verifique y acepte su(s) postulación(es), entonces podrá acudir a los proveedores postulados y aceptados, pero solamente por servicios cubiertos en su paquete de beneficios (tal como se describe en su cuadernillo *Evidencia de cobertura*). En el caso de un especialista, se requerirá la obtención de una referencia (que podría ser denegada), previo a la consulta.

Si por alguna razón que no sea atención de emergencia, usted consulta a un proveedor no afiliado a KAISER PERMANENTE, y que no está postulado ni aceptado bajo la CCO previo a la prestación del servicio, usted deberá pagar por todos los servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre la CCO, por favor llame al representante de Opción de Elección del Consumidor (CCO) del Departamento de Servicio al Cliente de KAISER PERMANENTE al **(404) 364-4900**.

Declaración Completa para KAISER PERMANENTE Con respecto a la Opción de Elección del Consumidor (CCO)

Abreviaturas especiales:

ACP – Médico comunitario afiliado (Affiliated Community Physician)	PCP – Médico de atención primaria (Primary Care Physician)	UCR – Reembolso usual y acostumbrado (Usual and Customary Reimbursement)
CCO – Opción de Elección del Consumidor (Consumer Choice Option)	SCP – Médico especialista (Specialty Care Physician)	TSPMG – The Southeast Permanente Medical Group, Inc.

Propósito de la Opción de Elección del Consumidor (CCO)

Permitir que los miembros del plan de salud tengan acceso a otros proveedores diferentes de los que se ofrecen como parte de la red de proveedores participantes del Plan y que reciban beneficios comparables con aquellas que reciben al consultar a proveedores pertenecientes a la red.

Costo de la CCO

La prima total mensual aumentará en un 17.5%. **Esto significa un aumento del 17.5% sobre el total de la prima de atención médica.** Esto no es sólo cualquier deducción de salario aplicable sino el 17.5% del pago combinado del empleado y el empleador por los beneficios de atención médica. He aquí dos ejemplos:

- Para una persona con cobertura individual para quien la prima total mensual es de \$180:
Si el empleador de dicha persona paga \$150, la contribución mensual de la persona será de \$30. Si dicha persona elige la CCO, la contribución mensual aumentaría de \$30 a \$61.50. [El 17.5% de \$180 es \$31.50, más \$30 (la contribución de la persona sin la CCO) hace una contribución total mensual de \$61.50.]
- Si el empleador de dicha persona paga \$410, la contribución mensual de la persona será de \$100. Si dicha persona elige la CCO, la contribución mensual aumentaría de \$100 a \$189.25 [El 17.5% de \$510 es \$89.25, más \$100 (la contribución de la persona sin la CCO) hace una contribución total mensual de \$189.25.]

Beneficios

Bajo la CCO, usted y su proveedor postulado y aceptado están sujetos a los mismos copagos, coseguros y deducibles, y deben respetar todas las normas y procedimientos de KAISER PERMANENTE, inclusive aquellos relacionados con la lista de medicamentos, las precertificaciones y autorizaciones previas, los referidos y los beneficios cubiertos en su *Evidencia de cobertura*.

Control de calidad

KAISER PERMANENTE no llevará a cabo el riguroso control de estándares de calidad y servicio establecido para The Southeast Medical Group, Inc. (TSPMG) y para los médicos comunitarios afiliados (ACP). Debido al tiempo limitado (tres días) requerido por la nueva ley para que se verifique un proveedor postulado para la Opción de Elección del Consumidor (CCO), KAISER PERMANENTE no implementará los procesos o procedimientos de rutina para confirmar que los proveedores postulados y aceptados cumplan con los estándares de calidad.

Cómo comenzar – El proceso de elección y postulación

1. Primero debe completar y firmar la Parte A del formulario de elección indicando su deseo de seleccionar la CCO. Puede seleccionar la CCO únicamente durante el período de inscripción abierta de su empleador, como nuevo empleado o luego de un acontecimiento habilitante, por ejemplo, un divorcio. Una vez que selecciona la CCO, debe permanecer en el programa durante el año del plan completo y debe continuar pagando las primas adicionales a menos que termine la cobertura anticipadamente como resultado de un acontecimiento habilitante, por ejemplo, porque deja el empleo. (Los inscriptos tendrán derecho a retirarse de la opción en situaciones limitadas en las cuales el proveedor postulado es rechazado, no es vuelto a elegir o se rehúsa a participar, a partir del primer día del mes siguiente a una notificación escrita a KAISER PERMANENTE. En caso de retirarse, KAISER PERMANENTE le concederá al afiliado una reducción proporcional de la prima por el resto del año del plan. Sin embargo, debido a las consecuencias impositivas federales, el derecho del afiliado a retirarse no es aplicable a los “planes de beneficios de cafetería” contemplados bajo la Sección 125 del Código de Impuestos Internos). Adicionalmente, su empleador debe completar y firmar la Parte B del Formulario de Elección. Si su empleador opta por no cobrarle el aumento de

prima asociado con la CCO, KAISER PERMANENTE podrá facturarle este monto a usted directamente. Si usted no paga la prima adicional, en caso de que su empleador haya elegido no cobrársela, usted puede quedar sujeto a la cancelación de todas las coberturas de KAISER PERMANENTE.

2. Para solicitar que se considere a su proveedor para que participe en la CCO, debe pasar por el proceso de postulación. No programe una cita o tratamiento con su proveedor postulado hasta no recibir la aprobación de KAISER PERMANENTE. Si lo hace, deberá pagar por los costos de todos los servicios prestados.
3. Debe completar y firmar la Sección I del Formulario de Postulación de Proveedores para la CCO. El proveedor que haya postulado también debe completar y firmar las secciones II y III del Formulario de Postulación de Proveedores para la CCO.
4. Luego debe enviar por correo el formulario completo a: KAISER PERMANENTE Customer Service Department, Consumer Choice Representative, Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE, Atlanta, GA 30305-1736
5. Dentro de los tres días hábiles de haber recibido el formulario de postulación completo, el representante de la Opción de Elección del Consumidor (CCO) del Departamento de Servicio al Cliente de KAISER PERMANENTE le notificará por escrito a usted y al proveedor que usted haya postulado si su postulación ha sido aceptada o no.
6. Tenga en cuenta que KAISER PERMANENTE no llevará a cabo ninguna acción con respecto a los formularios de postulación presentados, ni comenzará el período de tres días de respuesta a los formularios de postulación hasta que el sistema de inscripciones de KAISER PERMANENTE indique que usted es un miembro de la CCO.

Sus responsabilidades

- Aunque usted haya elegido la CCO, no necesita postular a un proveedor para poder consultar a su MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA y a los MÉDICOS ESPECIALISTAS de la red de KAISER PERMANENTE asociados a su MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA de KAISER PERMANENTE.
- Es responsabilidad suya enviar los formularios de postulación completos al representante de la Opción de Elección del Consumidor (CCO) del Departamento de Servicio al Cliente de KAISER PERMANENTE.
- KAISER PERMANENTE verificará que los proveedores postulados cuenten con una licencia vigente en Georgia, que no se encuentren en la lista de médicos sancionados por Medicare y que no hayan sido despedidos por KAISER PERMANENTE en el pasado por razones de calidad. Es importante que sepa que esta investigación es mucho más limitada que el proceso de acreditación completo de KAISER PERMANENTE.
- Usted no puede apelar las postulaciones de proveedores que no hayan sido aceptadas por KAISER PERMANENTE; tampoco puede volver a postular proveedores que hayan sido rechazados, a menos que el formulario de postulación contenga información significativamente diferente, según lo determine el plan de salud.
- Todos los copagos, coseguros y deducibles (si corresponde) son responsabilidad suya, tal como se describe en la *Evidencia de cobertura* y la descripción del plan de beneficios cada vez que recibe servicios cubiertos de parte de proveedores postulados y aceptados.
- Los servicios prestados por proveedores postulados y aceptados deben cumplir las condiciones de beneficios cubiertas tal como se describe en el cuadernillo *Evidencia de cobertura* para que sean pagados. Las solicitudes de servicios que requieran referido, precertificación o aprobación previo deben respetar las normas y procedimientos estándar de KAISER PERMANENTE referentes a las precertificaciones y autorizaciones previos para que puedan pagarse.
- Si postula a un especialista, no debe programar una cita o tratamiento con dicho especialista a menos que su médico de atención primaria lo remita.
- Su proveedor postulado y aceptado no puede apelar el reembolso de reclamaciones pagadas bajo el contrato con la CCO.
- Si usted, como suscriptor, elige la CCO, sus dependientes inscriptos también tendrán la CCO. La prima de la CCO se aplicará a todos los dependientes elegibles cubiertos por su plan de beneficios. En otras palabras, no podrá dividir la cobertura de su familia previo a ser respecto a la CCO. Si el suscriptor elige la CCO, su costo se basará en un aumento del 17.5% sobre la prima de toda la familia.
- Si un proveedor postulado y aceptado no prestara servicios en un hospital perteneciente a la red del plan de salud, entonces, con hospitalizado, usted deberá presentar formularios de postulación adicionales para la aceptación de hospitales en donde podrían prestarse los servicios.
- Si usted cuenta con un proveedor CCO postulado y aprobado, y necesita ser internado por dicho proveedor en un hospital postulado y aceptado, también debe postular a todos los demás proveedores relacionados con la atención que recibirá en dicho hospital. Esto puede incluir radiología, anestesiología, patología y otras especialidades. Si no lo hace, o si no se acepta el proveedor postulado, usted será responsable por cualquier saldo adeudado por cargos no cubiertos por KAISER PERMANENTE.
- Si postula a un médico especialista, es posible que no tenga acceso directo a dicho médico. Deberá reunir las condiciones necesarias para una remisión a través de nuestro proceso regular de remisiones. No podrá consultar a su médico especialista postulado para cuestiones de atención primaria o de rutina.
- Si por alguna razón que no sea atención de emergencia, usted consulta a un proveedor no afiliado con KAISER PERMANENTE que no está postulado ni aceptado bajo la CCO con previo a la prestación del servicio, usted será responsable del pago de todos los servicios.

Responsabilidades de su empleador

- Si su empleador elige no cobrarle el aumento de prima asociado con la CCO, KAISER PERMANENTE puede facturarle este monto a usted directamente. Si no se paga la prima de la CCO a tiempo, podría cancelársele su cobertura con KAISER PERMANENTE.
- Si usted elige la opción CCO, su empleador debe completar y firmar la parte B del Formulario de Elección de CCO.

Responsabilidades del proveedor postulado y aceptado

- El proveedor que usted haya postulado debe completar y firmar la Sección II del Formulario para proponer proveedores para CCO. Luego, envíe el formulario completo al representante de Opción de Elección del Consumidor de KAISER PERMANENTE del Departamento de Servicio al Cliente.
- Los proveedores de la CCO están sujetos a las mismas normas y procedimientos estándar de KAISER PERMANENTE referidos a la lista de medicamentos, los referidos las precertificaciones y las autorizaciones previas requeridas para que se puedan pagar los servicios. SI SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA o MÉDICO ESPECIALISTA de la CCO desea llevar a cabo un servicio o procedimiento que requiere referido, autorización previo o precertificación, se deben respetar las normas y procedimientos estándar de KAISER PERMANENTE. Los referidos, precertificaciones y autorizaciones previas de y para los proveedores postulados y aceptados deben ser por servicios o procedimientos cubiertos en su cuadernillo *Evidencia de cobertura*, para que sean pagados. Si no se cumplen estas normas y procedimientos no se pagará por estos servicios.
- Su proveedor postulado y aceptado no puede solicitar el reembolso adicional de reclamaciones pagadas bajo el acuerdo con la CCO. El proveedor postulado debe aceptar el esquema de tarifas establecido en el formulario de postulación. Si KAISER PERMANENTE no paga una reclamación, entonces el miembro puede apelar.
- La postulación y aceptación de un proveedor no significa que usted puede consultar a otro proveedor del mismo consultorio médico. Cada proveedor de un mismo consultorio debe ser postulado y aceptado individualmente.
- Los proveedores postulados y aceptados no necesitan prestar servicios en hospitales pertenecientes a la red del plan de salud, y los hospitales no pertenecientes a la red deben ser postulados y aceptados para que los costos de la atención prestada en los hospitales no pertenecientes a la red puedan estar cubiertos.
- Al firmar el formulario de postulación, el proveedor postulado y aceptado acepta el reembolso de KAISER PERMANENTE como pago total, con excepción de cualquier copago, coseguro y deducible que le corresponda pagar a usted.
- Es importante recordar que KAISER PERMANENTE no puede controlar el tiempo que le pueda tomar a un proveedor solicitar información acerca de nuestras normas y procedimientos o esquemas de tarifas antes de tomar la decisión de participar o no en la CCO.

Reembolso a proveedores

- KAISER PERMANENTE reembolsará a los hospitales por día.
- KAISER PERMANENTE reembolsará a todos los médicos de la CCO basándose en un porcentaje de un esquema de tarifas establecido.
- Si usted sigue todas las reglas de KAISER PERMANENTE para los referidos, autorizaciones previas y precertificaciones, pero no postula proveedores del hospital, usted deberá pagar los cargos de los proveedores que no haya postulado y que lo atiendan en el hospital. Si usted ha postulado y aceptado proveedores del hospital (inclusive aquellos de especialidades como radiología, anestesiología, patología y otras) y no sigue las reglas de KAISER PERMANENTE en lo que respecta a referidos, autorizaciones previas y precertificaciones, usted será responsable por estos cargos.

Para cambiar la elección de CCO

Podrá dejar de participar en la CCO únicamente durante el período de inscripción abierta de su empleador, al ocurrir un acontecimiento habilitante o en ciertas otras situaciones descritas en este documento (consulte la sección titulada “Cómo comenzar...”). Si tiene CCO y desea cambiar su elección durante el próximo período de inscripción abierta de su empleador, debe indicar su elección marcando la casilla que indica “No” en el formulario de elección la próxima vez que deba renovar su inscripción.

Para obtener más información

Si tiene preguntas o necesita obtener más información, por favor llame a nuestro representante de la Opción de Elección del Consumidor al **(404) 364-4900**.

Enviar por correo a:

Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.
P.O. Box 921012
Fort Worth, TX 76121-1012

SE PUEDE ELEGIR CCO ÚNICAMENTE DURANTE EL PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ABIERTA O COMO NUEVO EMPLEADO

La selección de CCO puede duplicar su deducción salarial mensual. He aquí dos ejemplos:

- Para una persona con cobertura individual para quien la prima total mensual es de \$180:
Si el empleador de dicha persona paga \$150, la contribución mensual de la persona será de \$30. Si dicha persona elige la CCO, la contribución mensual aumentaría de \$30 a \$61.50. [El 17.5% de \$180 es \$31.50, más \$30 (la contribución de la persona sin la CCO) hace una contribución total mensual de \$61.50.]
- Para una persona con cobertura familiar para quien la prima total mensual es de \$510:
Si el empleador de dicha persona paga \$410, la contribución mensual de la persona será de \$100. Si dicha persona elige la CCO, la contribución mensual aumentaría de \$100 a \$189.25. [El 17.5% de \$510 es \$89.25, más \$100 (la contribución de la persona sin la CCO) hace una contribución total mensual de \$189.25.]

Parte A: A completar por el miembro

Casilla de selección: (Si en este momento usted no tiene CCO y no desea participar en la misma, no necesita marcar ninguna casilla ni enviar este formulario de selección de CCO a Kaiser Permanente).

- Sí, elijo participar en la Opción de Elección del Consumidor.
 No, no deseo continuar participando en la Opción de Elección del Consumidor.

Entiendo que al elegir la CCO, el costo mensual del total de mi prima mensual de atención médica aumentará en un 17.5% por la cobertura que he seleccionado a través de KAISER PERMANENTE. Entiendo que debo permanecer en la CCO hasta la próxima renovación anual, a menos que reúna los requisitos para retirarme de la opción, tal como se describe aquí mismo. He leído, comprendido y acepto los términos de esta opción.

_____ (Número de expediente del suscriptor de Kaiser Permanente) – para miembros actuales únicamente

_____ (Número de seguro social del suscriptor)

_____ (Firma del suscriptor)

_____ (Nombre del suscriptor - en letra de molde)

_____ Fecha

Nota para nuevos miembros: ¡Adjunte el formulario de solicitud de Kaiser Permanente!

Parte B: A completar por el empleador

Fecha efectiva del grupo: _____ Número de grupo: _____ Facturar al grupo: _____

Número de subgrupo: _____

_____ (Firma del empleador)

_____ (Nombre del empleador, cargo - en letra de molde)

_____ Fecha

Su empleador es responsable de informarle acerca del impacto económico sobre su prima mensual. Usted debe permanecer en la CCO hasta el próximo período de inscripción abierta de su empleador, a menos que deje de trabajar para su empleador u ocurra algún otro acontecimiento habilitante, tal como se describe en los reglamentos de COBRA & ERISA.

Instrucciones para el formulario de postulación de proveedores para la Opción de Elección del Consumidor (CCO) Para Kaiser Foundation Health Plan of Georgia, Inc.

Instrucciones generales

- Encontrará el “Formulario de postulación de proveedores para la Opción de Elección del Consumidor (CCO)” al dorso de este formulario.
- Por favor complete el formulario de postulación y firme la Sección I, “A completar por el miembro”.
- El proveedor postulado debe completar las Secciones II y III del formulario “A completar por el proveedor” y “Reembolso del proveedor”. Recuerde que el proveedor debe firmar y fechar cada sección.
- Es responsabilidad suya enviar el formulario completo al Departamento de Servicio al Cliente de Kaiser Permanente.
- Puede enviar el formulario completo al Departamento de Servicio al Cliente de Kaiser Permanente, ya sea por correo o por fax a:

Kaiser Permanente
Attention: Consumer Choice Representative
Nine Piedmont Center, 3495 Piedmont Road, NE
Atlanta, GA 30305-1736

Número de fax: (404) 364-4939

- A fin de cumplir con el requisito de tres días hábiles de aviso, Kaiser Permanente notificará por fax a los miembros y proveedores postulados. Asegúrese de que el número de fax del médico y el suyo, si tiene uno, consten en el formulario de postulación. Si usted no tiene un número de fax, Kaiser Permanente le enviará una carta por correo a la dirección provista en el formulario.
- Los formularios incompletos no se procesarán y se le devolverán.

Tome nota:

- No es necesario postular a un proveedor si desea consultar a un médico perteneciente a la red de Kaiser Permanente asociado con su médico personal.
- Kaiser Permanente le notificará, dentro de los tres días hábiles de haber recibido el formulario de postulación completo, con respecto a la situación del proveedor postulado.
- Si solicita servicios de parte del proveedor que usted ha postulado durante el período de verificación de tres días hábiles, es posible que esos servicios no puedan pagarse según su plan de prestaciones de salud.
- Tenga en cuenta que Kaiser Permanente no llevará a cabo ninguna acción con respecto a los formularios de postulación presentados, ni comenzará el período de tres días de respuesta a los formularios de postulación hasta que el sistema de inscripciones de Kaiser Permanente indique que usted es un miembro de la CCO.
- Una vez que haya recibido su aviso de aceptación, podrá recibir servicios médicos cubiertos tanto de parte del proveedor que ha postulado como de cualquier otro médico participante de la red de Kaiser Permanente, de acuerdo con las pautas del Plan. Si el proveedor postulado por usted es un especialista, necesitará obtener una remisión.
- Kaiser Permanente seleccionará a los proveedores analizando unos pocos criterios y no monitoreará la calidad de sus servicios.
- El que Kaiser Permanente haya aceptado la postulación de su proveedor no debe interpretarse como garantía de pago. Toda atención brindada por los médicos postulados está sujeta a las reglas de pago normales, las que pueden incluir, sin limitación: 1) remisiones para servicios especializados, precertificación o aprobación anticipada de servicios; 2) elegibilidad del miembro al momento de la prestación del servicio; 3) servicios aceptados como servicios cubiertos bajo el plan de prestaciones del miembro; y 4) cualquier estipulación de reducción de costos incluida en el plan de prestaciones del miembro.
- Los servicios prestados por un proveedor que no está aceptado no se pagarán bajo su plan de prestaciones de salud.

SECCIÓN I: A COMPLETAR POR EL MIEMBRO

Nombre del miembro (paciente):	Número de historia clínica del miembro (paciente):	Número de grupo (tal como figura en su tarjeta de identificación de Kaiser):
Dirección del miembro (ciudad, estado, código postal):	Fecha de nacimiento del miembro (paciente):	Número de teléfono del miembro (paciente): Número de fax:
<p>Al firmar a continuación, el Miembro reconoce que el proveedor postulado no es el proveedor del miembro dentro de la red de Kaiser Permanente y que el proveedor, por lo tanto, no posee las credenciales otorgadas por Kaiser Permanente. El miembro además reconoce que él o ella únicamente es responsable por la selección del proveedor postulado y que Kaiser Permanente no ha tomado ninguna medida de control de calidad ni relacionada con las credenciales en lo que se refiere al proveedor. El miembro comprende que todos y cada uno de los médicos, hospitales y demás proveedores que no sean proveedores de la red del miembro deben ser postulados por este último y aprobados por Kaiser Permanente con anterioridad a la prestación de los servicios para que los mismos puedan ser reembolsados. El miembro también entiende que al postular a un hospital que no pertenece a su red de hospitales, todos los demás proveedores profesionales deben ser postulados por él o ella y deben ser aprobados por Kaiser Permanente, con anterioridad a la prestación de los servicios para que puedan ser pagados. Entre estos otros proveedores se podría incluir, entre otros, radiólogos, patólogos, anestesiólogos y otros proveedores a quienes se consulta. El miembro también acepta completar un formulario separado de postulación para cada proveedor postulado y además reconoce que el pago final por los servicios prestados por proveedores postulados estará sujeto a las reglas de pago normales de Kaiser Permanente. Éstas pueden incluir, sin limitaciones: 1) Precertificación o aprobación anticipada de servicios; 2) Elegibilidad del miembro al momento de la prestación de los servicios; 3) Los servicios prestados son servicios cubiertos bajo el plan de prestaciones del Miembro; y 4) Cualquier estipulación de reducción de costos incluida en el plan de prestaciones del Miembro. Este formulario no debe interpretarse como garantía de pago. Kaiser Permanente notificará al Miembro acerca de los resultados de la postulación del proveedor dentro de los tres días hábiles de haber recibido la postulación del proveedor completa para la Opción de Elección del Consumidor, siempre y cuando el miembro esté inscrito en el plan CCO. Los formularios incompletos se le devolverán al miembro.</p>		
Firma del miembro / padre / madre o tutor legal		Fecha

SECCIÓN II: A COMPLETAR POR EL PROVEEDOR POSTULADO

Nombre del proveedor (nombre, apellido, segundo nombre, cargo o nombre del hospital):	Número de licencia del proveedor en Georgia:	Especialidad del proveedor:
Dirección postal del proveedor: Condado: _____ Nombre del grupo: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Dirección para facturación del proveedor : Nombre del grupo: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Nº de identificación impositiva del proveedor: Nº UPIN / Medicare del proveedor: Nº DEA del proveedor:
<p>Al firmar a continuación, el Proveedor o representante autorizado acepta la postulación de Opción de Elección del Consumidor (CCO) por parte del Miembro mencionado anteriormente. Esta postulación sólo rige para el miembro mencionado y no otorga derecho al Proveedor a prestar servicios a ningún otro miembro de Kaiser Permanente. El Proveedor afirma además que cuenta en la actualidad con licencia otorgada por el estado de Georgia para prestar atención médica. Adicionalmente, el proveedor afirma aceptar el reembolso que se describe a continuación en nombre del miembro designado anteriormente, acepta no facturar saldos al Miembro, con excepción de coseguros, deducibles y copagos, y acepta adherirse a los requisitos de administración de uso de Kaiser Permanente y otras reglas del plan tales como la lista de medicamentos, las remisiones y las reglas de cobertura de prestaciones. Kaiser Permanente notificará al Proveedor acerca de los resultados de su postulación dentro de los 3 días hábiles a partir del momento de haber recibido la postulación del proveedor completa para Opción de Elección del Consumidor. La aceptación de esta postulación por parte de Kaiser Permanente no autoriza al miembro a recibir servicios de otros proveedores del mismo consultorio médico. La aceptación de esta postulación por parte de Kaiser Permanente no crea ninguna obligación contractual, relación de contratista o de representación entre Kaiser Permanente y el Proveedor, sino una relación de médico-paciente entre el Proveedor y el Miembro mencionado.</p>		
Firma del Proveedor / Representante autorizado		Fecha

SECCIÓN III: REEMBOLSO DEL PROVEEDOR

Reembolso de proveedores: 100% RBRVS Un proveedor se define como un médico, podiatra, optometrista, psicólogo, asistente social, enfermera de práctica avanzada, óptico titulado, psicoterapeuta profesional, especialista en terapia física, terapeuta matrimonial y familiar, quiropráctico, especialista en terapia ocupacional, fonoaudiólogo, audiólogo, nutricionista o auxiliar médico.

Reembolsos de hospital, farmacia o dentista: Llame a Relaciones con los Proveedores al (404) 364-4934 para obtener un esquema de tarifas.

<p>Al firmar a continuación, el Proveedor reconoce que el pago final estará sujeto a las reglas normales de pagos de Kaiser Permanente. Esto podría incluir, sin limitaciones; 1) Precertificación o aprobación anticipada de servicios; 2) Elegibilidad del miembro al momento de la prestación de los servicios; 3) Los servicios son servicios cubiertos bajo el plan de prestaciones del miembro; y 4) cualquier estipulación de reducción de costos incluidos en el plan de prestaciones del miembro. Este formulario no debe interpretarse como una garantía de pago.</p>	
Aceptación del esquema de reembolsos	Fecha