



Formulario de Cambios en la Cuenta

Con derechos adquiridos por antigüedad California

Instrucciones

- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Llene su información personal en la Sección A y seleccione la fecha en la que le gustaría que el cambio realizado en su plan o cuenta entrara en vigor (las fechas de vigencia no están garantizadas). A continuación, seleccione los cambios que desea hacer en la Sección B.
- Nota: Si usted o alguno de los dependientes por los que presenta la solicitud tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los planes de Kaiser Permanente Individuals and Families (KPIF).

A. Conteste el formulario con su información

Seleccione solo una opción: Soy el suscriptor, el cónyuge o pareja doméstica, o hijo dependiente mayor de 18 años, o el padre o representante legal.

Si está realizando un cambio, actualice las siguientes casillas con su información nueva.

Nombre

Número de Seguro Social (si corresponde)

 - -

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

 / /

Inicial del segundo nombre

Número de historia clínica (si corresponde)

Sexo:

- Masculino Femenino
 Prefiere no especificar

Teléfono

 - -

Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa.

Ciudad

Estado

Código postal

Fecha de entrada en vigor solicitada (la fecha debe ser el 1.º día del mes)

 / 0 1 /

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Los suscriptores (o el padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años) pueden hacer cualquiera de los cambios que se mencionan a continuación para cualquier familiar. Los dependientes pueden hacer algunos cambios, solo para sí mismos; consulte a continuación los cambios señalados con un asterisco (*).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura y quiero que mi cónyuge o pareja doméstica sea ahora el suscriptor. | <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica, pero deseo mantener a nuestros hijos en el plan. |
| <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura en un plan familiar y deseo continuar por mi cuenta en un plan individual.* | <input type="checkbox"/> Deseo cambiar de plan.* (Consulte las reglas para cambio de plan en la página 3, luego, seleccione el plan que desea cambiar de acuerdo a esas restricciones). |
| <input type="checkbox"/> Deseo cambiar el suscriptor. | <input type="checkbox"/> Deseo agregar cobertura médica para un hijo recién nacido o adoptado recientemente. |
| <input type="checkbox"/> Deseo cambiar el padre o el tutor legal en una cuenta solo para hijos. | <input type="checkbox"/> Deseo cancelar mi cobertura médica* o la de un familiar. |
| <input type="checkbox"/> Quiero combinar las cuentas. (Consulte las reglas para cambio de plan en la página 3, luego, seleccione el plan que desea conservar de acuerdo a esas restricciones). | <input type="checkbox"/> Quiero cancelar la cobertura dental opcional.* |
| <input type="checkbox"/> Canelo mi cobertura, pero deseo mantener a mis hijos en el plan. | |
| <input type="checkbox"/> Deseo hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).* | |

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Haga una lista abajo).

Cónyuge o pareja doméstica

Cancelar cobertura médica Cancelar cobertura dental opcional

Nombre	<input type="text"/>										Número de Seguro Social (si corresponde)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>										Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica (si corresponde)					Sexo:		Seleccione uno:			Teléfono						
<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Cónyuge			<input type="text"/>						
						<input type="checkbox"/> Mujer		<input type="checkbox"/> Pareja doméstica									
						<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar											

Dependiente 1

Añadir cobertura médica Cancelar cobertura médica Cancelar cobertura dental opcional

Nombre	<input type="text"/>										Número de Seguro Social (si corresponde)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>										Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica (si corresponde)					Sexo:					Teléfono						
<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer			<input type="text"/>						
						<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar											

Dependiente 2

Añadir cobertura médica Cancelar cobertura médica Cancelar cobertura dental opcional

Nombre	<input type="text"/>										Número de Seguro Social (si corresponde)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>										Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica (si corresponde)					Sexo:					Teléfono						
<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer			<input type="text"/>						
						<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar											

Dependiente 3

Añadir cobertura médica Cancelar cobertura médica Cancelar cobertura dental opcional

Nombre	<input type="text"/>										Número de Seguro Social (si corresponde)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>										Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica (si corresponde)					Sexo:					Teléfono						
<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer			<input type="text"/>						
						<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar											

Dependiente 4

Añadir cobertura médica Cancelar cobertura médica Cancelar cobertura dental opcional

Nombre	<input type="text"/>										Número de Seguro Social (si corresponde)	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido	<input type="text"/>										Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Inicial del segundo nombre	Número de historia clínica (si corresponde)					Sexo:					Teléfono						
<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="checkbox"/> Hombre		<input type="checkbox"/> Mujer			<input type="text"/>						
						<input type="checkbox"/> Prefiere no especificar											

D. Elija su plan de salud

- Si desea cambiar su cobertura a otro plan con derechos adquiridos por antigüedad, únicamente podrá cambiar a un plan con menos o con los mismos beneficios. De acuerdo a la lista del lado derecho, esto significa que solo puede cambiar a un plan que esté **debajo** de su plan actual. Considerando esto, marque la casilla junto al plan al que desea cambiarse. Todos los miembros de la familia que estén en la lista de arriba también se cambiarán a este plan.
- Para cambiar a algún miembro de la familia de su plan con derechos adquiridos por antigüedad a otro plan con derechos adquiridos por antigüedad a su nombre, ellos también podrán cambiarse únicamente a un plan con menos o con los mismos beneficios. También deberá llenar y enviar un formulario por separado para cada plan.

Nota: Una vez que hayan pasado 30 días de la fecha de vigencia de su nuevo plan con derechos adquiridos por antigüedad, no podrá regresar a su plan anterior.

- Copayment 25 HMO
- Deductible HMO 20/500
- Copayment 40 HMO
- Deductible HMO 25/1000
- Copayment 50 HMO
- Deductible HMO 30/1500
- Deductible HMO 40/2000
- Deductible HMO 0/1500 with HSA
- Deductible HMO 0/2700 with HSA
- Deductible HMO 30/2700 with HSA

E. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan, Inc. se basará en la información proporcionada en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Foundation Health Plan, Inc., puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmando que no tengo derecho a Medicare Parte A ni estoy inscrito en Medicare Parte B.

Nota: El suscriptor y todos los dependientes mayores de 18 años que realicen un cambio deberán firmar el formulario. Si hay más de 4 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Suscriptor o nuevo suscriptor (padre o tutor legal de los suscriptores menores de 18 años)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Cónyuge o pareja doméstica (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)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Dependiente (de 18 años o mayor)

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

Dependiente (de 18 años o mayor)

Información de contacto

Enviar por correo a: Kaiser Permanente
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

O por fax sin costo a:
Administración de Membresías al
1-855-355-5334

¿Tiene alguna pregunta? Llame al
1-800-788-0616 (TTY 711)

F. Firme el acuerdo de arbitraje de Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

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 Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act, 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, administrador u otra parte asociada, 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 obligatorio conforme a la legislación de California, excepto que la ley correspondiente determine la revisión judicial de los procedimientos de arbitraje. Acepto renunciar a nuestro derecho a un juicio con jurado y acepto el uso del arbitraje obligatorio. Entiendo que el *Acuerdo de Membresía, la Evidencia de Cobertura y el Formulario de Revelación (Membership Agreement, Evidence of Coverage, and Disclosure Form)* incluyen todas las disposiciones sobre el arbitraje.

X Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

Solicitante principal (padre o tutor legal para niños menores de 18 años)

X Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

Cónyuge o pareja doméstica

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)

X Fecha (mm/dd/aaaa)
 / /

Dependiente (de 18 años o mayor)

Una copia de su acuerdo con sus firmas es tan válida como el original. Si faltan firmas, cancelaremos el cambio en su cuenta o plan. Si hay más de 4 dependientes mayores de 18 años que firman, adjunte una copia de esta página con las firmas adicionales.

Aviso de no discriminación

Kaiser Permanente no discrimina a ninguna persona por su edad, raza, etnia, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

La Central de Llamadas de Servicio a los Miembros brinda servicios de asistencia con el idioma las 24 horas del día, los siete días de la semana (excepto los días festivos). Se ofrecen servicios de interpretación sin costo alguno para usted durante el horario de atención, incluido el lenguaje de señas. Se ofrecen aparatos y servicios auxiliares para personas con discapacidades sin costo alguno durante el horario de atención. También podemos ofrecerle a usted, a sus familiares y amigos cualquier ayuda especial que necesiten para acceder a nuestros centros de atención y servicios. Puede solicitar los materiales traducidos a su idioma, y también los puede solicitar con letra grande o en otros formatos que se adapten a sus necesidades sin costo para usted. Para obtener más información, llame al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**).

Una queja es una expresión de inconformidad que manifiesta usted o su representante autorizado a través del proceso de quejas. Por ejemplo, si usted cree que ha sufrido discriminación de nuestra parte, puede presentar una queja. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)*, o comuníquese con un representante de Servicio a los Miembros para conocer las opciones de resolución de disputas que le corresponden. Esto tiene especial importancia si es miembro de Medicare, Medi-Cal, el Programa de Seguro Médico para Riesgos Mayores (Major Risk Medical Insurance Program MRMIP), Medi-Cal Access, el Programa de Beneficios Médicos para los Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program, FEHBP) o CalPERS, ya que dispone de otras opciones para resolver disputas.

Puede presentar una queja de las siguientes maneras:

- Completando un formulario de queja o de reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Enviando por correo su queja por escrito a una oficina de Servicio a los Miembros en un centro del plan (consulte las direcciones en *Su Guía* o en el directorio de centros de atención en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**)
- Llamando a la línea telefónica gratuita de la Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-788-0616** (los usuarios de la línea TTY deben llamar al **711**)
- Completando el formulario de queja en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**

Llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Se le informará al coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente (Civil Rights Coordinator) de todas las quejas relacionadas con la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, género, edad o discapacidad. También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles de Kaiser Permanente en One Kaiser Plaza, 12th Floor, Suite 1223, Oakland, CA 94612.

También puede presentar una queja formal de derechos civiles de forma electrónica ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services) mediante el portal de quejas formales de la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf (en inglés) o por correo postal o por teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (línea TDD). Los formularios de queja formal están disponibles en hhs.gov/ocr/office/file/index.html (en inglés).

