KAISER PERMANENTE®

Planes Individuales y Familiares

Formulario de Cambios en la Cuenta

Oregon

Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o en una cuenta existente de Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW). Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta solo para hijos puede llenar este formulario.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Conteste la Sección A con su información personal. Después, en la Sección B, elija qué cambios desea hacer y siga llenando cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que está cancelando su cobertura, la cobertura de sus dependientes se cancela automáticamente y disponen de un período de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
- Si agregará a un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que tenga el dependiente no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o tener una interrupción en la cobertura, cancele cualquier otra cobertura que tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si usted tiene derecho a recibir Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de planes de KFHPNW. Si uno de los miembros de la familia tiene derecho a recibir Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, esa persona no es elegible para cambiar de planes de KFHPNW ni para que se le agregue a su plan de KFHPNW como dependiente nuevo.

A. Llene el formulario con su información

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

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Sexo:
☐ Hombre ☐ Mujer
☐ Prefiere no especificar

Número de Seguro Social (si corresponde) - -

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

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Teléfono (teléfono celular si corresponde) - -

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

Ciudad

Estado

Código postal

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

©2024 Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Marque las casillas de los cambios que desea hacer e incluya a todos los familiares afectados. No haremos ningún cambio para ningún familiar que no se mencione en la lista.

Puede hacer los siguientes cambios durante la inscripción abierta o un período de inscripción especial. Para realizar un cambio distinto de los indicados a continuación, puede llamar a Servicio a los Miembros al **1-800-813-2000** (TTY **711**).

- ☐ Quiero cambiar de plan.
- ☐ Quiero agregar cobertura médica para un familiar.
- ☐ Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como suscriptor.
- ☐ Quiero añadir cobertura dental para adultos (para miembros mayores de 19 años).
- ☐ Quiero añadir cobertura dental pediátrica (para miembros de 18 años y menores).

(Se aplican restricciones para períodos de inscripción especial. Visite **kp.org/inscripcionespecial** para obtener más información).

Combinar Cuentas

Las cuentas se pueden combinar durante el período de inscripción abierta o en un período de inscripción especial.

- ☐ Quiero agregar a mi cuenta a familiares que ya tienen un plan de Kaiser Permanente. Hacer esto cancelará su plan existente. (Indique qué familiares pasarán a su cuenta en la Sección C).

Cancelación de cuenta

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Número de historia clínica del suscriptor para la cancelación de la cuenta

X

Suscriptor, padre, madre o tutor legal para la cancelación de la cuenta

Fecha (mm/dd/aaaa) / /

Puede hacer los siguientes cambios en cualquier momento durante el año. *(Nota: Para estos cambios, puede omitir las secciones D y E).*

- ☐ Quiero cancelar toda mi cobertura y la de todos mis familiares.
- ☐ Quiero cancelar toda la cobertura médica de un familiar.
- ☐ Quiero cancelar mi cobertura y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
- ☐ Quiero cancelar mi cobertura y la de mi cónyuge o pareja doméstica y mantener a mis hijos menores de 21 años en una cuenta solo para hijos.
- ☐ Quiero cancelar la cobertura dental para adultos.
- ☐ Quiero cancelar la cobertura dental pediátrica.
- ☐ Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio).
- ☐ Alguien de mi cuenta dejó de consumir tabaco. (Indique el familiar en la Sección C).

Fecha de vigencia solicitada (no garantizada) / / (mm/dd/aaaa)

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Cónyuge o pareja doméstica

- ☐ Cambio de nombre
- ☐ Agregar cobertura médica
- ☐ Cancelar cobertura médica
- ☐ Añadir cobertura dental para adultos
- ☐ Cancelar cobertura dental para adultos

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:: ☐ Cónyuge ☐ Pareja doméstica

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) / /

Número de historia clínica anterior (si corresponde)

Estado (si corresponde)

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar

Número de Seguro Social (si corresponde) - -

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

C. ¿A qué familiares afecta el cambio? (Menciónelos a continuación).

Si tiene más de 3 dependientes que resultarán afectados por un cambio, adjunte una copia de esta página y llene la información de esos dependientes.

Dependiente 1

☐ Cambio de nombre ☐ Agregar cobertura médica ☐ Cancelar cobertura médica ☐ Añadir cobertura dental para adultos ☐ Cancelar cobertura dental para adultos ☐ Añadir cobertura dental pediátrica ☐ Cancelar cobertura dental pediátrica

Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde) | Estado (si corresponde) | Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar | Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Dependiente 2

☐ Cambio de nombre ☐ Agregar cobertura médica ☐ Cancelar cobertura médica ☐ Añadir cobertura dental para adultos ☐ Cancelar cobertura dental para adultos ☐ Añadir cobertura dental pediátrica ☐ Cancelar cobertura dental pediátrica

Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde) | Estado (si corresponde) | Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar | Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

Dependiente 3

☐ Cambio de nombre ☐ Agregar cobertura médica ☐ Cancelar cobertura médica ☐ Añadir cobertura dental para adultos ☐ Cancelar cobertura dental para adultos ☐ Añadir cobertura dental pediátrica ☐ Cancelar cobertura dental pediátrica

Nombre | Inicial del segundo nombre | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica anterior (si corresponde) | Estado (si corresponde) | Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Prefiere no especificar | Número de Seguro Social (si corresponde)

Relación con el solicitante principal

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, puros y tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que los consumidores regulares de tabaco deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

D. Elija su período de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta **(vaya a la Sección E)** ☐ Un período de inscripción especial (siga con esta sección)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite **kp.org/inscripcionespecial** o llame al **1-800-255-5169** (TTY **711**) para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

- ☐ Pérdida de la cobertura de salud esencial mínima (escriba el último día completo en el que tuvo cobertura)*
- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o de una sociedad doméstica
- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza
  Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:
  - ☐ La fecha de nacimiento, adopción, o puesta en adopción o cuidado de crianza
  - ☐ El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- ☐ Orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
  Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de vigencia:
  - ☐ La fecha de la orden de manutención de los hijos u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
  - ☐ El primer día del mes posterior a la fecha de la orden del tribunal
- ☐ Traslado permanente con acceso a nuevos planes
- ☐ Determinación de circunstancias excepcionales por parte del Mercado de Seguros Médicos de Oregon
- ☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de cobertura médica individual (Individual Coverage Health Reimbursement Arrangement, ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (Qualified Small Employer Health Reimbursement Arrangement, QSEHRA)
- ☐ Violencia doméstica o abandono del cónyuge que ocurre dentro del hogar
- ☐ 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)

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

*Si su evento calificado de vida es la pérdida de la cobertura de KFHPNW, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió la cobertura.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o agregar una cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. Todos los familiares que incluyó en la Sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, presente un formulario para cada plan por separado.

- ☐ KP OR Standard Bronze Plan
- ☐ KP OR Bronze HSA 7100
- ☐ KP OR Bronze 6000
- ☐ KP OR Silver 5000
- ☐ KP OR Silver 4000 X
- ☐ KP OR Silver HSA 3300
- ☐ KP OR Silver 3000 X
- ☐ KP OR Silver 750
- ☐ KP OR Standard Gold Plan
- ☐ KP OR Gold 1750
- ☐ KP OR Gold 0

¿El solicitante principal que está comprando este plan usa 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 cobertura médica individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos de pequeño empleador calificado (QSEHRA), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarle a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura de salud grupal 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 Kaiser Permanente Individual and Family.

F. Elija su plan de atención dental

Si se inscribe en un plan de salud de Individuals and Families, por ley debe también inscribirse en un plan dental pediátrico por separado con nosotros u otra compañía, incluso si es mayor de 18 años. (Nuestros planes de atención dental para la familia incluyen los beneficios dentales pediátricos requeridos).

- Todos los que aparecen en este formulario deben solicitar el mismo plan de atención dental.
- Si alguno de sus familiares desea solicitar un plan de atención dental diferente, presente un formulario de cambios en la cuenta por separado.

Planes de Atención Dental para las Familias

Deseo cobertura dental para:

- ☐ Solo adultos (mayores de 19 años)
- ☐ Adultos y niños
- ☐ Solo niños (menores de 18 años)

Seleccione su plan de atención dental.

- ☐ KP OR Family Dental - Deducible de $1000/$50
- ☐ KP OR Family Dental - $1000
- ☐ KP OR Family Dental - Deducible de $100

G. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) 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 de manera intencional, KFHPNW puede optar por cancelar la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmo que ningún solicitante mencionado en este formulario que cambiará de plan o se agregará como dependiente tiene derecho a Medicare Parte A ni está inscrito en Medicare Parte B.
- Si no voy a adquirir un plan de atención dental pediátrico, declaro que mis otros dependientes mencionados en la solicitud y yo hemos obtenido y mantendremos un plan de atención dental pediátrico certificado por el Mercado de Seguros Médicos de Oregon.
- Si trabajé con un productor, entiendo que el productor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de $20 para planes de salud y de $2.50 para planes de atención dental por miembro por mes, más un posible bono. Para obtener más información, visite **kp.org/brokercompensation** (en inglés).
- Al proporcionar mi correo electrónico y número de teléfono celular, entiendo que podría recibir comunicaciones por correo electrónico y mensaje de texto de Kaiser Permanente.

Nota: El suscriptor que realice un cambio deberá firmar el formulario.

X _____ Fecha (mm/dd/aaaa) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

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

Información de contacto

Enviar por correo postal a: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193	**O por fax a:** Membership Administration al **1-855-355-5334**	**¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-813-2000** (TTY **711**)

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest, 500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232

Aviso de No Discriminación

Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (Kaiser Health Plan) cumple las leyes de derechos civiles federales y estatales correspondientes y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Kaiser Health Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual. Además:

- Proporcionamos ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, como:
  - intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - información por escrito en otros formatos, como impreso en letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles
- Proporcionamos servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - intérpretes calificados
  - información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Si cree que Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o lo discriminó de otra manera por su raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja formal con nuestro coordinador de derechos civiles por correo, teléfono o fax. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, nuestro coordinador de derechos civiles puede brindársela. Puede comunicarse con nuestro coordinador de derechos civiles por correo a: Member Relations Department, Attention: Kaiser Civil Rights Coordinator, 500 NE Multnomah St. Ste 100, Portland, OR 97232-2099, teléfono: **1-800-813-2000** (TTY: **711**), fax: **1-855-347-7239**.

También puede presentar una queja de derechos civiles en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de manera electrónica por medio del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, teléfono: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697. Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Para miembros de Washington

También puede presentar una queja con la Oficina del Comisionado de Seguros del Estado de Washington de manera electrónica por medio del portal de quejas de la Oficina del Comisionado de Seguros, disponible en https://www.insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status, o por teléfono al 1-800-562-6900 o 360-586-0241 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en https://fortress.wa.gov/oic/onlineservices/cc/pub/complaintinformation.aspx.

Help in Your Language

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.
اتصل برقم **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

中文 (Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電**1-800-813-2000**（TTY：**711**）。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
با **1-800-813-2000** (TTY: **711**) تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

日本語 (Japanese) 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。**1-800-813-2000**（TTY: **711**）まで、お電話にてご連絡ください。

ខ្មែរ (Khmer) ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ **1-800-813-2000** (TTY: **711**)។

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 번으로 전화해 주십시오.

ລາວ (Laotian) ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi) ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। **1-800-813-2000** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Română (Romanian) ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tagalog (Tagalog) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

ไทย (Thai) เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทย คุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Українська (Ukrainian) УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером **1-800-813-2000** (TTY: **711**).

Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số **1-800-813-2000** (TTY: **711**).