

Formulario de cambio de 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. Escriba 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). Luego, seleccione los cambios que le gustaría hacer en la Sección B. En los planes con derechos adquiridos por antigüedad, solo puede agregar un recién nacido o un niño recién adoptado.
- Solo el suscriptor o el padre/tutor legal de una cuenta solo para hijos puede completar este formulario.
- Nota: Si usted tiene derecho a obtener los beneficios de Medicare Parte A o si está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los planes Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). Si un miembro de su familia tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar a los planes KPIF ni puede agregarse a su plan KPIF como un nuevo dependiente.

A. Complete el formulario con su información

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

Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apellido		
<input type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género:	Número de seguro social (si corresponde)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	Teléfono (teléfono móvil si está disponible)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Dirección de facturación <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección residencial.		
<input type="text"/>		
Ciudad		
<input type="text"/>		
Estado	Código postal	Fecha de vigencia futura solicitada (la fecha debe ser el primer día del mes)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Dirección de correo electrónico		
<input type="text"/>		

B. ¿Qué cambios desea hacer?

Los suscriptores (incluidos el padre o tutor legal de una cuenta solo para hijos) puede hacer cualquiera de los cambios que se mencionan a continuación para cualquier miembro de la familia.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Deseo cancelar mi cobertura en un plan familiar. | <input type="checkbox"/> Deseo cambiar de plan. (Consulte las reglas para cambio de plan en la página 3, luego, seleccione el plan al que desea cambiar de acuerdo con esas restricciones). |
| <input type="checkbox"/> Estoy terminando mi cobertura y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. | <input type="checkbox"/> Deseo agregar cobertura médica para un recién nacido o un niño adoptado recientemente. |
| <input type="checkbox"/> Deseo cancelar la cobertura médica (y la cobertura dental, si corresponde) para un miembro de la familia. | <input type="checkbox"/> Deseo cancelar la cobertura dental opcional. |
| <input type="checkbox"/> Estoy terminando mi cobertura y la de mi cónyuge/pareja doméstica y deseo mantener a mis hijos en una cuenta solo para hijos. | <input type="checkbox"/> Quiero hacer los cambios que se muestran en la Sección A. (Si cambia su nombre, incluya la documentación legal del cambio). |

C. ¿A qué miembros de la familia 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.

Cónyuge o pareja doméstica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Cambio de nombre

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género

Hombre Mujer

Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Teléfono (teléfono móvil si está disponible)

Dependiente 1

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Cambio de nombre

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género

Hombre Mujer

Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Teléfono (teléfono móvil si está disponible)

Dependiente 2

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Cambio de nombre

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género

Hombre Mujer

Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Teléfono (teléfono móvil si está disponible)

Dependiente 3

Agregar cobertura médica

Cancelar cobertura médica

Agregar cobertura dental

Cancelar cobertura dental

Cambio de nombre

Nombre

Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Apellido

Número de historia clínica (si corresponde)

Género

Hombre Mujer

Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Teléfono (teléfono móvil si está disponible)

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. Se moverá a todos los miembros de la familia activos que estén en su cuenta a este 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 que proporciono en este formulario y que, si se determina que cualquier parte de la información 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 ninguna de las personas mencionadas en este formulario por un cambio de plan o por su incorporación como dependiente tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrita en Medicare Parte B.
- En caso de haber trabajado con un corredor de seguros, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestro rango de compensación estándar es de \$9 a \$11 por miembro por mes más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Kaiser Permanente.

Nota: El suscriptor debe firmar el formulario.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

 / /

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

Información de contacto

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

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

¿Tiene alguna pregunta?
Llame al:
1-800-464-4000
(TTY 711)

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

Entiendo que (con excepción de los casos del Tribunal de demandas de menor cuantía, 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 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados [Employee Retirement Income Security Act of 1974, ERISA] o de cualquier otra reclamación que no pueda estar sujeta a arbitraje obligatorio conforme a la ley vigente) cualquier disputa entre mi persona, mis herederos, familiares o partes asociadas, por un lado, y Kaiser Foundation Health Plan, Inc. (KFHP), cualquier proveedor de atención médica contratado, administradores u otras partes asociadas, por el otro lado, en concepto de la supuesta violación de cualquier obligación derivada de la membresía de KFHP o relacionada con esta, incluido todo reclamo por negligencia médica u hospitalaria (reclamo según el cual los servicios médicos no eran necesarios, no estaban autorizados, o se prestaron de forma indebida, negligente o incompetente), 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 por medio de una demanda o un 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 todas las disposiciones sobre el arbitraje están incluidas en el *Acuerdo de Membresía Combinado*, la *Evidencia de Cobertura* y el *Formulario de Revelación*.

X

Fecha (mm/dd/aaaa)

/ /

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

Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
 - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
 - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- 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 nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000** (TTY 711) y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en kp.org/facilities [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en kp.org/espanol.

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
 Member Relations Grievance Operations
 P.O. Box 939001
 San Diego CA 92193

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370** (TTY 711).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

Deputy Director, Office of Civil Rights
 Department of Health Care Services
 Office of Civil Rights
 P.O. Box 997413, MS 0009
 Sacramento, CA 95899-7413

Los formularios de queja están disponibles en:

http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019** (TTY 711 o al **1-800-537-7697**).
- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

Los formularios de quejas están disponibles en
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html> (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> (en inglés).

