

Formulario de Cambios en la Cuenta

Colorado

Instrucciones

- Puede utilizar este formulario para realizar cambios en el plan o la cuenta de una cuenta existente de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF). 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 finaliza 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 está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiarse a un plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

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

Nombre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Inicial del segundo nombre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Apellido <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Número de historia clínica (si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Prefiere no especificar	Número de seguro social (si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Estado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Condado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Teléfono (teléfono celular si corresponde) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Dirección postal <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa	
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Estado <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Dirección de correo electrónico <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		

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

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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

- Quiero cambiar de plan. Quiero cambiar mi cuenta solo para hijos a una cuenta familiar conmigo como el suscriptor.

Deseo agregar cobertura médica para un familiar.

(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 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

Fecha (mm/dd/aaaa)

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

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

Fecha de entrada en vigor solicitada (no garantizada)

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

Cónyuge o pareja de unión civil

- Cambio de nombre Agregar cobertura médica Cancelar cobertura médica

Nombre

Inicial del segundo nombre

Elija una opción:

- Cónyuge
 Pareja de unión civil

Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo:

- Hombre Mujer Prefiere no especificar

Número de seguro social (si corresponde)

Número de historia clínica (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

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 las opciones debido a que las fechas de vigencia pueden variar según el evento. **También se requiere un comprobante de elegibilidad en un plazo de 30 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 de vida calificado a continuación.

- Pérdida de cobertura médica mínima esencial (ponga el último día completo que tuvo cobertura)*
- Agregar a un nuevo dependiente o convertirse en uno por medio del matrimonio o la unión civil
- Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno debido al nacimiento de un hijo, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:
 - La fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidados de crianza
 - El primer día del mes después del nacimiento o la colocación del niño con usted
- Deja de tener un dependiente por divorcio, disolución de la unión civil o separación legal
- Muerte del suscriptor o de un dependiente
- 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 orden del tribunal
- Confirmación inicial del embarazo por parte de un profesional de la atención médica
Nota: En este caso, también tendrá que elegir entre 2 fechas de entrada en vigor:
 - El primer día del mes en el que se confirma el embarazo**
 - El primer día del mes siguiente, después de que recibimos el formulario
- Traslado permanente con acceso a nuevos planes
- Determinación del comisionado del Departamento de Seguros de circunstancias excepcionales
- 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)
- Pérdida de la cobertura médica a corto plazo
- Liberación del encarcelamiento
- Cambio en los ingresos que modifica la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de Connect for Health Colorado
- Determinación de Connect for Health Colorado de circunstancias excepcionales
- Demostración de que un plan calificado violó sustancialmente una disposición material de su contrato respecto a la persona inscrita

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 Kaiser Permanente, podemos revisar sus registros de membresía para verificar cuándo y por qué perdió su cobertura.

**Si elige que su cobertura comience el primer día del mes en el que se confirma el embarazo, deberá pagar las primas mensuales de manera retroactiva para esos meses adicionales de cobertura y solo los servicios recibidos dentro de la red estarán cubiertos de manera retroactiva.

E. Elija su plan de salud

Si indicó que le gustaría cambiar de plan o añadir cobertura para un familiar, seleccione a continuación el plan que le gustaría. La elección del plan de salud se basa en su condado. Vea la lista de condados a continuación para saber qué planes de salud están disponibles para usted. Todos los familiares que incluyó en la sección C serán transferidos al plan que seleccione. Si desea inscribir a los familiares en distintos planes, envíe un formulario para cada plan por separado. Su condado podría aparecer varias veces.

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Gilpin, Jefferson, Park y Teller

Planes disponibles:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/50 | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 2200/25 X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 6500/35%/HSA | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 1500/20 |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 3700/20%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP Select CO Gold 2000/20 |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Bronze 8500/50 | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 4000/25 X | |
| <input type="checkbox"/> KP Select CO Catastrophic* | <input type="checkbox"/> KP Select CO Silver 5500/25 X | |

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo y Weld

Planes disponibles:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/50 | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 2200/25 X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 0/25 RX Copay |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 6500/35%/HSA | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 4500/30 RX Copay X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 1500/20 |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 7500/60 RX Copay | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 3700/20%/HSA X | <input type="checkbox"/> KP CO Gold 2000/20 |
| <input type="checkbox"/> KP CO Bronze 8500/50 | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 4000/25 X | |
| <input type="checkbox"/> KP CO Catastrophic* | <input type="checkbox"/> KP CO Silver 5500/25 X | |

Disponibles en los siguientes condados: Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Denver, Douglas, El Paso, Elbert, Fremont, Gilpin, Jefferson, Larimer, Park, Pueblo, Teller y Weld

Planes disponibles:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Bronze | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Silver X | <input type="checkbox"/> KP Colorado Option Gold |
|--|--|--|

*Para solicitantes menores de 30 años o con exenciones por dificultades económicas

Los planes Catastrophic están disponibles para los solicitantes que sean menores de 30 años en la fecha de vigencia o que presenten un certificado de exención que demuestre sus dificultades económicas o la falta de cobertura asequible. **No podremos procesar su solicitud sin el certificado de exención si es mayor de 30 años.** Para saber si califica, visite cuidadodesalud.gov/es/exemption-form-instructions/ y siga las instrucciones.

El plan Kaiser Permanente Catastrophic no incluye beneficios dentales pediátricos. Si está solicitando este plan y tiene hijos menores de 19 años que tendrán la cobertura de este plan, deberá comprar la cobertura dental pediátrica por separado.

- No tengo hijos menores de 19 años que estarán cubiertos por este plan.
- Por la presente certifico que tengo o compraré la cobertura de beneficios de salud esenciales (essential health benefit, EHB) dentales pediátricos.

X

Firma del solicitante

Para obtener información sobre los beneficios y las limitaciones de salud y dentales, los montos de los costos compartidos y las primas, consulte los detalles en su material de inscripción. Para solicitar una copia del *Acuerdo de Membresía (Membership Agreement)* de un plan en particular, visite kp.org/plandocuments (en inglés), llame al **1-800-632-9700 (TTY 711)** o comuníquese con su corredor.

¿El solicitante principal que está comprando este plan de salud 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 (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), 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 Family.

F. Firme el formulario

- Si un corredor le ayudó con este cambio de cuenta o plan, al firmar a continuación, usted otorga su permiso a ese corredor para actuar en su nombre en relación con este cambio de cuenta o plan.
- Si trabajé con un corredor, entiendo que el corredor puede recibir de Kaiser Permanente un pago u otra compensación monetaria en relación con esta cobertura. Nuestra compensación estándar es de \$18 al mes por miembro más un bono potencial. Para obtener más información, visite kp.org/brokercompensation (en inglés).
- Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro e indemnizaciones civiles. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que proporcione a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o a un demandante con el propósito de estafar o intentar estafar al titular de una póliza o al demandante con respecto a una liquidación o indemnización pagadera con los fondos del seguro serán denunciados ante la División de Seguros de Colorado, una entidad que pertenece al Departamento de Agencias Reguladoras.
- Entiendo que Kaiser Permanente se basará en la información proporcionada en este formulario. Si se determina que cualquier parte de la información proporcionada es fraudulenta o se tergiversó intencionalmente, Kaiser Permanente puede optar por dar por terminada la cobertura retroactivamente a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmando 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.
- 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: Administración de Membresías al 1-855-355-5334	¿Tiene alguna pregunta? Llame al 1-800-632-9700 (TTY 711)
--	---	--

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Colorado, 10350 E. Dakota Ave., Denver, CO 80247.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

Kaiser Foundation Health Plan of Colorado (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos 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 dichos servicios, llame al **1-800-632-9700** (TTY: **711**)

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja por correo: Customer Experience Department, Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator, 10350 E. Dakota Ave, Denver, CO 80247 o al teléfono de Asistencia a los Miembros: **1-800-632-9700** (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el U.S. Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU) y la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) a través del portal Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono: 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 (línea TDD)**. Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

AYUDA EN SU IDIOMA

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-800-632-9700** (TTY **711**).

አማርኛ (Amharic) ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ **1-800-632-9700** (TTY **711**)።

العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم **1-800-632-9700** (TTY **711**)

Bàsòò Wùdù (Bassa) Dè dɛ nià kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké n̄ Bàsòò-wùdù-po-nyò jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò béin n̄ gbo kpáa. Đá **1-800-632-9700** (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 **1-800-632-9700** (TTY **711**)。

فارسی (Farsi) توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با **1-800-632-9700 (TTY 711)** تماس بگیرید.

Français (French) ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.
Rufnummer: **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Igbo (Igbo) NRUBAMA: O bụrụ na ị na asụ Igbo, ọrụ enyemaka asụsụ, n'efu, dijiri gi. Kpọọ **1-800-632-9700 (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。 **1-800-632-9700 (TTY 711)** まで、お電話にてご連絡ください。

한국어 (Korean) 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. **1-800-632-9700 (TTY 711)** 번으로 전화해 주십시오.

Naabeehó (Navajo) Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kóji' hódíílnih **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

नेपाली (Nepali) ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । **1-800-632-9700 (TTY: 711)** फोन गर्नुहोस् ।

Afaan Oromoo (Oromo) XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (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 **1-800-632-9700 (TTY 711)**.

Yorùbá (Yoruba) AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi **1-800-632-9700 (TTY 711)**.