



# FORMULARIO DE CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN

Cada persona que solicite la cancelación de la afiliación, debe llenar su propio formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a Kaiser Permanente al número de teléfono que se indica a continuación para su región, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Los usuarios de TTY deben llamar al **711**.

California:	1-800-443-0815	Estados del Atlántico Medio:	1-888-777-5536
Colorado:	1-800-476-2167	Noroeste:	1-877-221-8221
Georgia:	1-800-232-4404	Washington:	1-888-901-4600
Hawái:	1-800-805-2739		

Si solicita la cancelación de la afiliación, debe seguir recibiendo toda la atención médica de Kaiser Permanente o de un proveedor de la red de Kaiser Permanente, hasta la fecha efectiva de la cancelación de la afiliación. Consulte la *Evidencia de Cobertura* para obtener más información. Comuníquese con nosotros para verificar la cancelación de su afiliación antes de buscar servicios médicos fuera de la red de Kaiser Permanente. Le notificaremos la fecha efectiva de la cancelación de la afiliación después de que nos envíe este formulario.

**ESCRIBA SUS RESPUESTAS EN LETRA DE IMPRENTA CON TINTA NEGRA O AZUL Y MARQUE LAS CASILLAS CON UNA X**

Indique en qué **región** de Kaiser Permanente reside:

CALIFORNIA  COLORADO  GEORGIA  HAWÁI  ESTADOS DEL ATLÁNTICO MEDIO  NOROESTE  WASHINGTON

N.º de historia clínica de Kaiser Permanente:

N.º de Medicare:

APELLIDO:

NOMBRE:

2.º nombre  
(inicial):

Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)

Número de teléfono de su casa:

Número de teléfono celular:

Dirección de residencia permanente (no se permiten los apartados postales):

Ciudad:

Condado:

Estado: Código postal:

**Dirección postal**, si es diferente a su dirección permanente (se permiten los apartados postales)

Dirección

Ciudad:

Condado:

Estado: Código postal:

Dirección de Correo Electrónico:

**Por lo general, puede cancelar la afiliación al plan Medicare Advantage únicamente durante el periodo de inscripción anual del 15 de octubre al 7 de diciembre de cada año o durante el periodo de inscripción abierta de Medicare Advantage del 1.º de enero al 31 de marzo de cada año.** Existen excepciones que pueden permitirle cancelar su afiliación al plan Medicare Advantage fuera de este periodo. Si tiene alguna pregunta sobre los periodos en los que puede cancelar la afiliación a su plan, llámenos al número que aparece más arriba.

### **SELECCIONE UNO DE LOS SIGUIENTES MOTIVOS DE CANCELACIÓN DE LA AFILIACIÓN**

Lea las declaraciones siguientes cuidadosamente y marque la casilla si la declaración se aplica en su caso. Al marcar cualquiera de las casillas siguientes, está certificando que, según su leal saber y entender, usted reúne los requisitos para un Periodo de Elección.

- Recientemente hice un cambio en mi Medicaid (recién obtuve Medicaid, hice un cambio en el nivel de ayuda de Medicaid o perdí Medicaid) el (escriba la fecha) .
- Recientemente hubo un cambio en mi Beneficio Adicional para pagar la cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare (recientemente obtuve el Beneficio Adicional, hubo un cambio en el nivel del Beneficio Adicional o perdí el Beneficio Adicional) el (escriba la fecha) .
- Tengo tanto Medicare como Medicaid (o mi estado me ayuda a pagar mis primas de Medicare) o recibo el Beneficio Adicional para pagar mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare, pero no he tenido ningún cambio.
- Voy a vivir en, vivo en o recientemente me fui de un Centro de Cuidados a Largo Plazo (por ejemplo, un hogar para ancianos o un centro de cuidados a largo plazo). Me mudé, me mudaré a o del centro el (anotar la fecha) .
- Me inscribiré en un programa PACE el (escriba la fecha) .
- Me inscribiré en la cobertura de mi empleador o sindicato el (escriba la fecha)  Solicito la cancelación de la afiliación a partir del (escriba la fecha)  y entiendo que esto debe ser aprobado por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).
- Estuve inscrito en un plan de Medicare (o mi estado) y deseo elegir otro plan. Mi inscripción en ese plan inició el (escriba la fecha) .
- Me mudé fuera del área de servicio de Kaiser Permanente el (escriba la fecha)  Solicito la cancelación de la afiliación a partir del  y entiendo que esto debe ser aprobado por los CMS.
- Me inscribí en otro plan con cobertura de medicamentos de venta con receta acreditada (cobertura tan buena como la de Medicare) el (escriba la fecha) .
- La cobertura del grupo de mi empleador terminó o se transferirá a un nuevo plan de atención médica el (escriba la fecha)  Solicito la cancelación de la afiliación a partir del  y entiendo que esto debe ser aprobado por los CMS.
- Me afectó una emergencia o un gran desastre (según lo declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias [Federal Emergency Management Agency, FEMA] o por una entidad del gobierno federal, estatal o local). Una de las declaraciones anteriores aplica en mi caso, pero no pude inscribirme debido a un desastre. Escriba la emergencia o catástrofe grave y la fecha
- Otra, explique

**Lea cuidadosamente la siguiente información antes de firmar y fechar este formulario de cancelación de la afiliación.**

Si me inscribí en otro Plan de Salud de Medicare o Plan de Medicamentos de Venta con Receta de Medicare, entiendo que Medicare cancelará mi membresía actual en Kaiser Permanente en la fecha de vigencia de la nueva inscripción. Entiendo que es posible que no pueda inscribirme en otro plan por el momento. También entiendo que si cancelo la afiliación de mi cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare y deseo una cobertura de medicamentos de venta con receta de Medicare en el futuro, es posible que tenga que pagar una prima más alta para esta cobertura.

**Solo para miembros de un grupo de empleador o fondo fiduciario:** Entiendo que la cancelación de la afiliación a Kaiser Permanente Medicare Advantage/Senior Advantage podría afectar mi cobertura del grupo de empleador o fondo fiduciario, y que además debo comunicarme con la oficina de beneficios del grupo que me corresponde para finalizar el proceso de cancelación.

**Solo para miembros del Programa de Beneficios de Salud para Empleados del Gobierno Federal (Federal Employees Health Benefit, FEHB):** La decisión que tome no afectará los beneficios que recibe a través del Programa de FEHB. La cobertura del programa FEHB se describe en su folleto de FEHB. Su elección afectará los beneficios adicionales que reciba como miembro de Kaiser Permanente Medicare Advantage o Senior Advantage para empleados federales.

Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada para actuar en mi nombre) en este formulario significa que he leído y entiendo el contenido del mismo. Si firma un representante autorizado (según la descripción anterior), esta firma certifica que: 1) esta persona está autorizada por las leyes del estado para completar esta inscripción y que 2) la documentación de esta autorización está disponible si Medicare la solicita.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, debe firmar en la línea anterior y proporcionar la siguiente información:

**Nombre:**

**Dirección:**

**Número de Teléfono:**

**Relación con el miembro:**

**Devuelva el formulario firmado a:**

Kaiser Permanente - Medicare Unit  
P.O. Box 232400  
San Diego, CA 92193-2400

**También puede enviar el formulario completo por FAX o CORREO ELECTRÓNICO:**

FAX:

**1-855-355-5334**

CORREO ELECTRÓNICO: **KPMedicareEnrollments@kp.org**

