



FORMULARIO DE OPCIÓN DE RETENCIÓN DE LA PRIMA

Gracias por su solicitud. KelseyCare Advantage enviará la solicitud de retención de la prima en su nombre al Administrador de Beneficios seleccionado para la próxima fecha efectiva disponible.

Mientras la aprobación de la deducción automática esté pendiente de su Administrador de Beneficios, usted seguirá recibiendo una factura impresa por su prima mensual. Por favor comprenda que usted es responsable de pagar las primas de su plan adeudadas desde la fecha efectiva de la inscripción hasta el mes en que comience la retención de la prima. Si se aprueba su solicitud de retención de la prima, comenzará en 1-2 meses.

Aviso importante: Su fecha efectiva de la retención de la prima será determinada por su Administrador de Beneficios y no se procesará retroactivamente.

Me gustaría que mi prima de KelseyCare Advantage se deduzca a través de:

_____ SSA (Administración del Seguro Social)

_____ RRB (Junta de Jubilación Ferroviaria)

| | |
|--------------------------------|--|
| Nombre | |
| # de identificación KCA | |
| Fecha | |
| Firma | |

Envíe este formulario por fax al (713) 442-5450 o envíenos el formulario completo a:

KelseyCare Advantage
P.O. Box 841569
Pearland, TX 77584

Los representantes de Servicios para Miembros están disponibles para ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre su deducción automática. Comuníquese con Servicios para Miembros al (713) 442-CARE (2273) o (866) 535-8343 de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a domingo. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

KelseyCare Advantage es ofrecido por KS Plan Administrators, LLC, una HMO de Medicare Advantage con un contrato con Medicare. La inscripción en KelseyCare Advantage depende de la renovación del contrato.