



Dear Bridge Program Member,

Your eligibility for Bridge coverage is coming to an end. You will need to decide if you wish to continue as a Kaiser Permanente member and pay the full premium amount, or if you want to terminate your membership.

If you wish to terminate your membership, you must complete the attached postcard and return it to the Kaiser Permanente Membership Administration Department. If you do not return the attached postcard, you will automatically be converted to the Kaiser Permanente Conversion Plan and be billed for your membership.

In approximately six weeks, you will receive an invoice sent out by our Membership Administration Department. If you choose to continue your membership, you must send in the invoice together with a check or money order for the amount indicated.

If you have any questions regarding any of the above information, call Member Services at 301-468-6000 or toll free at 800-777-7902. (TTY 301-879-6380)

Thank you.



Estimado participante del Programa "Bridge,"

El plazo para continuar su cobertura en el Programa "Bridge" está llegando a su fin. Usted necesitará decidir si desea continuar como miembro de Kaiser Permanente y pagar la cantidad completa de la prima, o si quiere terminar su membresía.

Si desea terminar la membresía, debe llenar la tarjeta postal adjunta y devolverla al Departamento de Administración para Miembros de Kaiser Permanente. Si no devuelve la tarjeta adjunta, su membresía pasará automáticamente al Plan de Conversión de Kaiser Permanente y se le enviará la factura correspondiente.

Dentro de unas seis semanas usted recibirá una factura de nuestro Departamento de Administración para Miembros. Si decide continuar su membresía, debe enviar la factura junto con un cheque o giro postal por la suma indicada.

Si tiene alguna pregunta acerca de la información explicada más arriba, haga el favor de llamar a Servicios para Miembros al 301-468-6000 o gratis al 800-777-7902. (TTY 301-879-6380)

Gracias.



I UNDERSTAND THAT MY COVERAGE THROUGH THE BRIDGE PLAN IS ENDING.

ENTIENDO QUE MI COBERTURA POR MEDIO DEL PLAN "BRIDGE" ESTÁ POR TERMINAR.

I decline enrollment into the conversion plan.

Yo declino inscribirme en el Plan de Conversión.

Name
(please print) _____

Nombre
(use letra de imprenta) _____

Medical record number _____

Número de registro médico _____

Subscriber's signature _____

Firma del miembro _____

Date signed _____

Fecha firmado _____