

Formulario de Cambios en la Cuenta Nevada

Instrucciones

- Si usted ya es miembro de Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) y está inscrito directamente en una cuenta de KPIF, puede utilizar este formulario para hacer cambios en su plan o cuenta. Solo el suscriptor, padre, madre o tutor legal de una cuenta exclusiva para menores puede llenar este formulario.
- Si usted ya es miembro de KPIF y está inscrito a través de Nevada Health Link, todos los cambios que se hagan en la cuenta o el plan de su cobertura actual deben solicitarse a través de nevadahealthlink.com. Si no está seguro de cómo se encuentra inscrito o necesita ayuda adicional, llame al **855-WE-R-KPNV (855-937-5768) (TTY 711)**.
- Por medio de este formulario, usted puede hacer distintos tipos de cambios en los planes y en las cuentas. Llene la Sección A con su información personal. Luego, en la Sección B, seleccione los cambios que quiere hacer y proceda a completar cualquier otra sección relacionada con dichos cambios.
- Si usted es un suscriptor que cancela su cobertura, la cobertura de sus dependientes también se cancelará automáticamente. Puede elegir mantener a sus hijos menores de 21 años en una cuenta exclusiva para menores. Si cancela su cobertura de KPIF debido a que recientemente es elegible para una cobertura de grupo o para Medicare, sus dependientes contarán con un periodo de inscripción especial para inscribirse en una nueva cobertura de KPIF. Visite kp.org/inscripcionespecial o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener más información.
- Si agrega un dependiente a su plan, cualquier otra cobertura que esta persona tenga no se cancelará de manera automática, a menos que se indique en este formulario. Para evitar pagar 2 planes o quedar sin cobertura, cancele cualquier otra cobertura que esta persona tenga a partir del día anterior al comienzo de su nueva cobertura.
- Nota: Si tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF. Si un familiar tiene derecho a recibir Medicare Parte A o está inscrito en Medicare Parte B, no es elegible para cambiar de plan de KPIF ni puede agregarse a su plan de KPIF como un nuevo dependiente.

A. Llene el formulario con su información

Si va a realizar un cambio, actualice las siguientes casillas con su nueva información.

Nombre										Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)			
Apellido															
Número de historia clínica (si corresponde)								Género:				Número del Seguro Social (si corresponde)			
								☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar							
Dirección de su casa (no se admiten apartados postales)															
Ciudad															
Estado		Código postal		Condado				Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)							
Dirección de correo electrónico															
Dirección postal		☐ Marque esta casilla si es la misma que la dirección de su casa													
Ciudad															
Estado		Código postal													

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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No

C. ¿A qué miembros de la familia afecta el cambio? (Continuación)

Si realizará cambios para más de 3 dependientes, adjunte una copia de esta página y llénela con la información de esos dependientes. Proporcione teléfono y correo electrónico únicamente para los dependientes mayores de 18 años.

Dependiente 1	☐ Cambio de nombre	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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No	
	☐ Agregar cobertura médica		
	☐ Cancelar cobertura médica		
	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	Apellido		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)	
	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar	- -	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)			
- -			
Dirección de correo electrónico			

Dependiente 2	☐ Cambio de nombre	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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No	
	☐ Agregar cobertura médica		
	☐ Cancelar cobertura médica		
	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	Apellido		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)	
	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar	- -	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)			
- -			
Dirección de correo electrónico			

Dependiente 3	☐ Cambio de nombre	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, cigarros, tabaco para mascar o tabaco sin humo. Es posible que las personas que consumen tabaco de manera habitual deban pagar una prima diferente. ☐ Sí ☐ No	
	☐ Agregar cobertura médica		
	☐ Cancelar cobertura médica		
	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	Apellido		
Número de historia clínica (si corresponde)	Género	Número del Seguro Social (si corresponde)	
	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Prefiere no especificar	- -	
Teléfono principal (teléfono celular si corresponde)			
- -			
Dirección de correo electrónico			

D. Elija su periodo de inscripción

Seleccione una opción: ☐ Inscripción abierta (vaya a la Sección E) ☐ Un periodo de inscripción especial (siga con este paso)

Elija su evento calificado de vida. Si tuvo más de uno, revise sus opciones, ya que las fechas de vigencia varían según el evento. **También se requiere una prueba de elegibilidad en un plazo de 10 días calendario.** Visite kp.org/inscripcionespecial o llame al **855-WE-R-KPNV (855-937-5768) (TTY 711)** para obtener más información sobre los eventos calificados de vida o si no ve su evento calificado de vida a continuación.

Cambio en la cobertura de salud

- ☐ Pérdida de la cobertura médica esencial mínima (indique el último día completo que tuvo cobertura)
- ☐ Elegibilidad para comprar un plan de salud individual por medio de un acuerdo de reembolso de gastos médicos para cobertura individual (*individual coverage health reimbursement arrangement, ICHRA*) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificados para pequeños empleadores (*qualified small employer health reimbursement arrangement, QSEHRA*)
- ☐ Interrupción de la contribución del empleador o de los subsidios gubernamentales para pagar las primas de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA)

Cambio en el grupo familiar

- ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por matrimonio o unión de hecho
 - ☐ Agregar un nuevo dependiente o convertirse en uno por el nacimiento de un hijo, adopción, o puesta en adopción o cuidados de crianza
- Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
- ☐ La fecha del nacimiento, la adopción o la puesta en adopción o en cuidados de crianza
 - ☐ El primer día del mes después del nacimiento o la entrega del niño

- ☐ Orden de manutención infantil u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
- Nota:** En este caso, también debe elegir entre 2 opciones de fecha de vigencia:
- ☐ La fecha de la orden de manutención infantil u otra orden del tribunal para cubrir a un dependiente
 - ☐ El primer día del mes siguiente a la fecha de la orden judicial
- ☐ Violencia doméstica o abandono conyugal dentro del hogar

Cambio en la residencia

- ☐ Traslado permanente dentro de los Estados Unidos con acceso a nuevos planes
 - ☐ Traslado permanente a los Estados Unidos desde otro país
- Nota:** Marque una de las siguientes casillas:
- ☐ Ciudadano estadounidense/residente permanente
 - ☐ No ciudadano estadounidense

Otros eventos calificados de vida

- ☐ Determinación de circunstancias excepcionales por parte del intercambio de beneficios de salud

Escriba la fecha de su evento calificado de vida.

/ / (mm/dd/aaaa)

E. Elija su plan de salud

Si indicó que desea cambiar de plan o agregar cobertura para un familiar, seleccione su plan preferido a continuación. 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. 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. Su condado podría aparecer varias veces.

Los planes de HMO se encuentran disponibles en los siguientes condados: Carson City, Douglas, Lyon, Storey, Washoe

Bronze	Silver	Gold
☐ KP NV Bronze 5900 HSA	☐ KP NV Silver 0	☐ KP NV Gold 0
☐ KP NV Bronze 5500 HSA	☐ KP NV Silver 5000	☐ KP NV Gold 2400
☐ KP NV Bronze 11750 HSA	☐ KP NV Silver 3700 HSA	
	☐ KP NV Silver 6500	

Los planes de EPO se encuentran disponibles en los siguientes condados: Carson City, Douglas, Lyon, Storey, Washoe

Bronze	Silver	Gold
☐ KP NV EPO Bronze 5900	☐ KP NV EPO Silver 0	☐ KP NV EPO Gold 0
☐ KP NV EPO Bronze 5500 HSA		
☐ KP NV EPO Bronze 11750		

Los planes de HMO SENSIBLE se encuentran disponibles en el siguiente condado: Washoe

Bronze	Silver	Gold
☐ KP NV SENSIBLE Bronze 11750 HSA	☐ KP NV SENSIBLE Silver 3700 HSA	☐ KP NV SENSIBLE Gold 2400
	☐ KP NV SENSIBLE Silver 6500	

¿El solicitante principal que está comprando este plan usa un acuerdo de reembolso de gastos médicos (*health reimbursement arrangement, HRA*)? ☐ Sí

Si la respuesta es "Sí", ¿de qué tipo? ☐ ICHRA ☐ QSEHRA

Con un acuerdo de reembolso de gastos médicos para cobertura individual (ICHRA) o un acuerdo de reembolso de gastos médicos calificados para pequeños empleadores (QSEHRA), su empleador establecerá y financiará una cuenta para ayudarlo a pagar las primas mensuales del plan individual y los gastos de bolsillo como una alternativa a la cobertura médica de grupo 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 and Family.

F. Firme el formulario

- Entiendo que Kaiser Permanente for Individuals and Families (KPIF) 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, KPIF puede optar por cancelar la cobertura de manera retroactiva a la fecha de vigencia de la cobertura.
- Confirmo que ninguna de las personas incluidas en este formulario que está cambiando de plan o que fue agregada como dependiente tiene derecho a obtener los beneficios de Medicare Parte A ni está inscrita en Medicare Parte B.
- Si trabajé 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. Nuestra compensación estándar es de \$26 al mes por miembro, más una posible bonificación. Para obtener más información, visite **kp.org/brokercompensation** (en inglés).
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y números de teléfono, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico, mensajes de texto o mensajes de voz de Kaiser Permanente. Para obtener más información, visite **espanol.kaiserpermanente.org/es/termsconditions**.

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

Por correo postal a: Kaiser Permanente P.O. Box 23127 San Diego, CA 92193	Por fax: Administración de Membresías 1-855-355-5334	¿Tiene alguna pregunta? Llame al 855-WE-R-KPNV (855-937-5768) (TTY 711).
---	--	---

En Nevada los planes de HMO son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Nevada y los planes de EPO son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Insurance Company of Nevada, N.C.C., 10315 Professional Circle, Reno, NV 89521.

Aviso de no discriminación

En este documento, "nosotros", "nos" o "nuestro" se refieren a Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan of Nevada, Kaiser Insurance Company of Nevada y Kaiser Permanente Medical Group of Nevada). Este aviso está disponible en nuestro sitio web en **kp.org/espanol**.

Nosotros no discriminamos, excluimos a las personas ni las tratamos de manera diferente debido a su edad, raza, color, país de origen, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, o afección médica.

Kaiser Permanente proporciona los siguientes servicios de manera oportuna:

- Ayuda y servicios sin costo a las personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor con nosotros, tales como:
 - ♦ intérpretes calificados de lenguaje de señas;
 - ♦ información escrita en otros formatos (braille, letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - ♦ intérpretes calificados;
 - ♦ información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services) al número que se indica a continuación. La llamada no tiene costo. Servicio a los Miembros (Member Services) está cerrado los principales días festivos.

- Medicare, incluyendo D-SNP: **1-888-775-7003 o al 775-982-3112 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.
- Todos los otros: **1-855-937-5768 (TTY 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 8:00 p. m.

Si lo solicita, este documento puede estar disponible en braille, letra grande, audio o formatos electrónicos. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos u otro formato, llame a nuestro Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services) y pida el formato que necesita.

Cómo presentar una queja formal ante Kaiser Permanente.

Usted puede presentar una queja formal por discriminación ante nosotros si siente que no le hemos proporcionado estos servicios o le hemos discriminado de otra forma. Puede presentar una queja formal por teléfono, por correo postal o en línea. Puede llamar a Servicio a los Miembros (Member Services) para obtener más información sobre las opciones que apliquen para usted o para recibir ayuda para presentar una

queja formal. Si desea presentar una queja formal por discriminación, puede hacerlo a través de los siguientes medios:

- **Por teléfono:** llame al Departamento de Servicio a los Miembros (Member Services). Los números de teléfono se mencionaron anteriormente.
- **En línea:** use el formulario en línea que se encuentra 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
10315 Professional Circle
Reno, Nevada 89521

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

Puede presentar una queja informal por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. La queja informal puede presentarse 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 informal 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 queja informal están disponibles en:
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **En línea:** visite el portal de quejas informales de la Oficina de Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Portal) en:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>