

# CERTIFICACIÓN PARA EMPLEADORES DE OREGON RECHAZO DE COBERTURA

## INFORMACIÓN IMPORTANTE

Por favor use este formulario para hacer una lista de los empleados que han rechazado la cobertura. Guarde una copia de este formulario en sus archivos.

### 1 INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Nombre de la empresa	Identificación del cliente (si tiene una asignada)
----------------------	--

### 2 MOTIVOS PARA RECHAZAR LA COBERTURA

Se ha ofrecido la cobertura médica de grupo de Kaiser Permanente a los empleados elegibles que se mencionan a continuación. Estos empleados han decidido voluntariamente no inscribirse en un plan de Kaiser Permanente en este momento por uno de los siguientes motivos:

1. Cobertura por otro plan de salud grupal.
2. Cobertura a través de Medicare, Medicaid, TRICARE, Indian Health Service o un programa de asistencia médica o de patrocinio público en virtud del Capítulo 414 de los Estatutos Revisados de Oregón (Oregon Revised Statutes, ORS).
3. Está cubierto por un plan de salud individual.
4. No está interesado en inscribirse en este momento.

Evite demoras en el procesamiento asegurándose de que escribió a continuación el código del motivo. **Use los códigos 1 a 4 de motivo que se mencionan arriba.**

Nombre	Apellido	¿Cobertura médica, dental o ambas?	Código de motivo*

Para incluir más empleados en la lista, haga copias de este formulario, según sea necesario.

\*Campo obligatorio. Use los códigos 1 a 4 de motivo que se mencionan arriba.

**Los grupos que se inscriben durante el período de disponibilidad garantizada (del 15 de noviembre al 15 de diciembre) están exentos de completar el código de motivo requerido anteriormente y de cumplir los requisitos de contribución y participación.**

### 3 RECHAZO DE COBERTURA DENTAL PEDIÁTRICA

La cobertura dental pediátrica de Kaiser Permanente se ha ofrecido a los empleados elegibles que se mencionan a continuación. Estos empleados deciden de manera voluntaria no inscribir a su(s) dependiente(s) menores de 19 años porque tienen cobertura dental pediátrica a través de otro sitio que cumple con la disposición de beneficios médicos esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).

Nombre	Apellido

### 4 FIRMA

Entiendo que la próxima oportunidad que tendré para inscribirme será durante el período de inscripción abierta anual o después de un evento calificado. Afirmo que soy el firmante del contrato y que tengo autoridad para realizar cambios contractuales o en la membresía en nuestra cuenta con Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest en nombre del grupo.

Firmante autorizado de la empresa (nombre en letra de imprenta)	Cargo (en letra de imprenta)
Firma <b>X</b>	Fecha