

# Formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Oregon 2023



KAISER PERMANENTE®

Todos los planes son ofrecidos y están suscritos por  
Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest  
500 NE Multnomah St., Suite 100, Portland, OR 97232.

Escriba en letra de imprenta con tinta negra o azul únicamente.

Sección para el empleador (El empleador debe completar esta sección. Se debe incluir información de subgrupo y de grupo de facturación si se selecciona la cobertura).

Nombre de la compañía<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
N.º de grupo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha de vigencia de la cobertura<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
N.º de subgrupo de cobertura médica \_\_\_\_\_ Grupo de facturación \_\_\_\_\_  
N.º de subgrupo de cobertura dental familiar \_\_\_\_\_ Grupo de facturación \_\_\_\_\_  
N.º de subgrupo de cobertura dental pediátrica únicamente (18 años o menos) \_\_\_\_\_  
Grupo de facturación \_\_\_\_\_

**Motivo de inscripción o de cambio: complete si ya existe un grupo<sup>1</sup> (Marque una opción).**

Nueva contratación       Inscripción abierta       De medio tiempo a tiempo completo  
 Recién nacido       COBRA       Cambio \_\_\_\_\_  
 Pérdida de cobertura       Continuidad de cobertura estatal       Otro \_\_\_\_\_

## A Información del empleado (El empleado debe completar las secciones A, B y C).

**Seleccione el tipo de beneficio:<sup>1</sup>**

Cobertura médica  \_\_\_\_\_ (opción del plan)  
Cobertura dental (seleccione una opción):  Familiar (pediátrica y para adultos) \_\_\_\_\_ (opción del plan)  
 Pediátrica únicamente (18 años o menos) \_\_\_\_\_ (opción del plan)  
 Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Apellido anterior/de soltera (si corresponde) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombres \_\_\_\_\_  
Domicilio<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_  
N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia \_\_\_\_\_

## B Información de los dependientes (Para agregar más dependientes, use nuestro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Oregon).

Seleccione una opción:  Cónyuge/pareja doméstica registrada<sup>3</sup>  Pareja doméstica no registrada  
Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_  
Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombres \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Discapacidad  Sí  No  
 Cobertura médica  
Cobertura dental (seleccione una opción):  Familiar (pediátrica y para adultos)  Pediátrica únicamente (18 años o menos)  
 Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>  
Otro seguro médico  Sí  No      Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
N.º de póliza \_\_\_\_\_      N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

(continúa del otro lado)

<sup>1</sup> Campo obligatorio.

<sup>2</sup> Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica de otro proveedor que cumple con la cláusula sobre beneficios de salud esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).

<sup>3</sup> Una persona que es legalmente reconocida como su pareja doméstica en un *Certificado de sociedad doméstica registrada* válido expedido por el estado de Oregon, que se encuentra registrada legalmente como su pareja doméstica según las leyes de otro estado o que fue reconocida de algún otro modo como su pareja doméstica según los criterios acordados, por escrito, entre Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest y su grupo.

## B Información de los dependientes (continuación)

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,3</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombres \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Discapacidad  Sí  No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):  Familiar (pediátrica y para adultos)  Pediátrica únicamente (18 años o menos)

Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Otro seguro médico  Sí  No

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,3</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  M  F  X  Se niega a responder (en este momento) Pronombres \_\_\_\_\_

Teléfono móvil \_\_\_\_\_ Discapacidad  Sí  No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):  Familiar (pediátrica y para adultos)  Pediátrica únicamente (18 años o menos)

Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Otro seguro médico  Sí  No

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_ N.º de historia clínica (si corresponde) \_\_\_\_\_

Marque esta casilla para agregar dependientes adicionales y adjunte el *Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Oregon*.

## C Importante: No se puede procesar la solicitud sin su firma. Lea todo el formulario antes de firmar.

Si tergiversa de manera intencional un hecho importante mediante una declaración falsa o una omisión, Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) puede, dentro de los primeros dos años de cobertura, denegar la cobertura, modificar o cancelar el contrato, o tomar cualquier otra acción legal disponible conforme a la ley. Antes de que la cobertura entre en vigencia, el solicitante debe informar inmediatamente a KFHPNW por escrito si ocurre algo que haga que la solicitud quede incompleta o sea incorrecta. Puede considerarse un delito proporcionar intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

Mediante mi firma confirmo que la información que proporcioné en este formulario es verdadera y correcta, y que leí los requisitos, los términos, las condiciones, las limitaciones y las disposiciones descritos en este formulario, y que estoy de acuerdo con ellos.

Firma del empleado<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Campo obligatorio.

<sup>2</sup> Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica de otro proveedor que cumple con la cláusula sobre beneficios de salud esenciales de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA).

<sup>3</sup> Elegible hasta el último día del mes de su cumpleaños número 26 o sin límite de edad en el caso de los dependientes mayores de 26 años con una discapacidad física, del desarrollo o una enfermedad mental.

Según la ley estatal, si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. Si su empleador decide proveer cobertura a parejas domésticas que no están registradas en el estado y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas domésticas no registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera.

## Lea lo siguiente antes de firmar el formulario

Las siguientes declaraciones son válidas para el período de cobertura que he seleccionado en virtud de este plan para mí y para mis dependientes actuales y futuros que están o estarán cubiertos, a menos que yo o mis dependientes notifiquemos un cambio por escrito.

- Por el presente acepto, en representación mía y de mis familiares inscritos, que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) solicite información personal de salud, incluida la información sobre el tratamiento o los servicios que cualquiera de nosotros pueda recibir de un médico, profesional de la atención médica, hospital, consultorio médico u otro centro de atención médica. También acepto que KFHPNW o su representante autorizado usen y revelen la información personal de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica sin autorización, de acuerdo con la ley correspondiente. Esto no es una autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.
- Permito que se hagan las deducciones correspondientes de mis ingresos, si hubiera una parte del costo de la cobertura a mi cargo.

## Derechos y responsabilidades de los miembros

Para obtener más información sobre los derechos y las responsabilidades de los miembros de Kaiser Permanente, ingrese a [kp.org/disclosures](https://kp.org/disclosures) (cambie el idioma a español) y seleccione "Oregon/SO de Washington" en el menú desplegable.

## Presentación de la solicitud de inscripción

El empleador debe presentar este formulario de inscripción. Asegúrese de que el formulario esté completo e incluya la firma del empleado. El proceso de inscripción puede retrasarse considerablemente si falta información o si esta es incompleta.

### Por correo postal:

Kaiser Permanente  
P.O. Box 23127  
San Diego, CA 92193

### Por fax:\*

1-855-355-5334

### Por correo electrónico:

18553555334@fax.kp.org

Puede ver los detalles del plan, como los beneficios, las exclusiones y limitaciones en la *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC)*. Para recibir la EOC de un plan en particular, comuníquese con Servicio a los Miembros. En caso de discrepancias entre este folleto y la EOC, prevalecerá la EOC.

\* Envíe un solo formulario de inscripción por vez al fax.

## Cómo completar este formulario

1. Escriba en letra legible de imprenta con tinta negra o azul.
2. Para inscribirse, debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de Northwest por lo menos el 50% del tiempo, a menos que sea un miembro de Added Choice® con cobertura fuera del área.
3. Su empleador debe completar la sección que le corresponde. Su empleador es responsable de verificar toda la información antes de presentar este formulario, especialmente las fechas de vigencia, ya que estas afectan su prima.
4. Usted debe completar las secciones desde la A hasta la C. En la sección A, debe incluir sus datos personales. Complete la sección B si inscribe a dependientes. Asegúrese de incluir el apellido anterior de los dependientes si corresponde. Lea la sección C y todo el resto. Luego, firme y escriba la fecha en el formulario.
5. Después de completar el formulario, guarde una copia para su registro. (Pronto tendrá acceso a una tarjeta de identificación digital de Kaiser Permanente y recibirá una tarjeta de identificación física por correo postal).

*Todas las fechas de vigencia se establecerán según el acuerdo contractual entre el grupo (su empleador) y Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest.*

## Servicio a los Miembros

De lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

**1-800-813-2000**

o

**1-866-616-0047** para los miembros de Kaiser Permanente Plus™ y Added Choice®.

Para TTY, llame al **711**. Para acceder a los servicios de interpretación de idiomas, llame al **1-800-324-8010**.

## Conéctese

Siga los pasos sencillos que aparecen en el lado izquierdo de esta página para inscribirse en su plan.

### ¡Soy un miembro nuevo!

#### Cree una cuenta en línea

Disfrute de un acceso seguro a la atención médica las 24 horas del día con servicios en línea que pueden ahorrarle tiempo y dinero. Después de registrarse, podrá enviar correos electrónicos al consultorio de su médico, ver los resultados de la mayoría de las pruebas de laboratorio, resurtir la mayoría de los medicamentos recetados, programar citas de rutina virtuales o en persona, y mucho más.\* Ingrese a [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros) para comenzar.

#### Su tarjeta de identificación

Una vez que se haya procesado su inscripción, podrá crear su cuenta en línea a través de la aplicación de Kaiser Permanente o en [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros). Además, ahora puede acceder a su tarjeta de identificación digital en la aplicación de Kaiser Permanente antes de recibir su tarjeta de identificación física por correo postal. En esta tarjeta, se indicará su nombre y su número único de historia clínica de 8 dígitos. Necesitará tener a la mano su tarjeta de identificación digital o física cuando llame para obtener consejos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o se acerque para recibir atención.

#### Recepción de Bienvenida para Nuevos Miembros

Estamos aquí para ayudarles a usted y a su familia a entender su plan y a acceder a la atención médica. Si tiene preguntas o necesita ayuda, programe una cita o comuníquese con nuestra Recepción de Bienvenida para Nuevos Miembros al **1-888-491-1124** de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

#### Elija un médico y cámbielo cuando desee

Ingrese a [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros) para consultar los perfiles de nuestros médicos y encontrar el que se adapte a lo que usted necesita.

#### Transfiera las recetas médicas

Si tiene que transferir recetas médicas, complete el formulario "Transfiera los medicamentos recetados" en [kp.org/nuevosmiembros](https://kp.org/nuevosmiembros) lo antes posible. También puede llamar a la Farmacia para Nuevos Miembros al **1-888-572-7231** para recibir ayuda. Por lo general, puede resurtir por única vez una receta médica de un proveedor no participante o que no pertenece a la red si el medicamento figura en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y la receta permite resurtidos.

\* Estas opciones son válidas cuando se obtiene atención en los centros de Kaiser Permanente.

