

Formulario de inscripción o de cambio para grupos pequeños de empleados de Washington 2023

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

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.

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 compañía¹ _____ Fecha de vigencia de la cobertura¹ ____ / ____ / ____

N.º de grupo¹ _____ N.º de subgrupo de cobertura médica _____ Grupo de facturación _____

Número de subgrupo de cobertura dental para adultos _____ Grupo de facturación _____

Número de subgrupo de cobertura dental pediátrica _____ Grupo de facturación _____

Motivo de inscripción o de cambio: complete si ya existe un grupo¹ (Marque una opción).

Nueva contratación Recién nacido Pérdida de cobertura De medio tiempo a tiempo completo Cambio _____

Inscripción abierta COBRA Continuidad de cobertura estatal Otro _____

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

Seleccione el tipo de beneficio:¹ Cobertura médica _____ (opción del plan)

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) _____ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) _____ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica²

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____

Apellido anterior/de soltera (si corresponde) _____ Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____

N.º de Seguro Social _____ Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____

Domicilio¹ _____ 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 Washington).

Seleccione una opción: Cónyuge Pareja doméstica³

Nombre legal (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____

Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____

Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____

Teléfono móvil _____ Discapacidad Sí No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) _____ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) _____ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica²

Otro seguro médico Sí No Compañía de seguros _____

N.º de póliza _____ N.º de historia clínica (si corresponde) _____

(continúa del otro lado)

¹ Campo obligatorio.

² 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).

³ Una persona que es legalmente reconocida como su pareja doméstica en un *Certificado estatal de sociedad doméstica registrada* válido expedido por el estado de Washington, 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 Continuación de información de dependientes (para agregar más dependientes, use nuestro Anexo al formulario de inscripción o de cambio para grupos de empleados pequeños de Washington).

Nombre legal del dependiente (hijo/a) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)^{1,3} _____

Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____

Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____

Teléfono móvil _____ Discapacidad Sí No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) _____ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) _____ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica²

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)^{1,3} _____

Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de Seguro Social _____

Sexo¹ M F X Se niega a responder (en este momento) Pronombres _____

Teléfono móvil _____ Discapacidad Sí No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción):

Plan de cobertura dental para adultos (a partir de los 19 años) _____ (opción del plan)

Plan de cobertura dental pediátrica (18 años o menos) _____ (opción del plan)

Exención de cobertura dental pediátrica²

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 Washington.

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

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.

Es 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.

Firma del empleado¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

¹ Campo obligatorio.

² 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).

³ 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.

**The English version is the controlling document. The translated version is informational.
La versión en inglés es el documento que prevalece. La versión traducida es solo para propósitos informativos.**



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 mi nombre y en el de mis familiares inscritos que Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest (KFHPNW) puede solicitar información personal de salud, incluida la información sobre el tratamiento o los servicios que cualquiera de nosotros pueda recibir de un médico, dentista, profesional de la atención médica, hospital, consultorio médico o dental, u otro centro de atención médico o dental. 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 (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 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 trabajar para un empleador que se encuentre en el condado de Clark o el condado de Cowlitz. Debe vivir o trabajar en el condado de Clark o el condado de Cowlitz por lo menos 50% del tiempo, a menos que se inscriba en PPO Plus®. En el caso de PPO Plus, debe vivir y trabajar, presencialmente, fuera de los condados de Clark y Cowlitz.
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 miembros de Kaiser Permanente Plus™, Added Choice® y PPO Plus®.

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 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. 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 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 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.

