

# Formulario de inscripción o de cambio de grupos pequeños de empleados de Oregón de 2020

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

## Sección para el empleador (el empleador debe llenar esta sección)

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 médico \_\_\_\_\_ Grupo de facturas \_\_\_\_\_

N.º de subgrupo dental para familias \_\_\_\_\_ Grupo de facturas \_\_\_\_\_

N.º de subgrupo dental pediátrico (menores de 18 años) \_\_\_\_\_

Grupo de facturas \_\_\_\_\_

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

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

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

### Seleccione tipo de beneficio:<sup>1</sup>

- Médico \_\_\_\_\_ (opción del plan)  
 Plan dental para familias (a partir de los 19 años) \_\_\_\_\_ (opción del plan)  
 Plan dental pediátrico (hasta los 18 años) \_\_\_\_\_ (opción del plan)  
 Exención de cobertura dental pediátrica<sup>2</sup>

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Nombre anterior/apellido de soltera (si corresponde) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  H  M  X  Se niega a responder (en este momento)

Domicilio<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_

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

<sup>1</sup>Campo obligatorio

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

**B Información de los dependientes (Para agregar más dependientes, use nuestro anexo al formulario de inscripción o de cambio de grupos de empleados de Oregón).**

Cónyuge  Pareja de hecho<sup>3</sup>

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  H  M  X  Se niega a responder (en este momento) Teléfono celular \_\_\_\_\_

Discapacitado  Sí  No

Médico  Dental para familias (a partir de los 19 años)  Dental pediátrico (hasta los 18 años)

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

Otro seguro médico  Sí  No Comp. de seguros \_\_\_\_\_

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

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,4</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  H  M  X  Se niega a responder (en este momento) Teléfono celular \_\_\_\_\_

Discapacitado  Sí  No

Médico  Dental para familias (a partir de los 19 años)  Dental pediátrico (hasta los 18 años)

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

Otro seguro médico  Sí  No Comp. de seguros \_\_\_\_\_

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

Nombre del dependiente (niño) (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)<sup>1,4</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento<sup>1</sup> \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de seguro social \_\_\_\_\_

Sexo<sup>1</sup>  H  M  X  Se niega a responder (en este momento) Teléfono celular \_\_\_\_\_

Discapacitado  Sí  No

Médico  Dental para familias (a partir de los 19 años)  Dental pediátrico (hasta los 18 años)

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

Otro seguro médico  Sí  No Comp. 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 de grupos de empleados de Oregón.

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

Si tergiversa de manera intencional un hecho relevante 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, y/o tomar cualquier otra acción legal disponible conforme a la ley. El solicitante debe informar inmediatamente a KFHPNW por escrito si le ocurre algo que haga que la solicitud quede incompleta o sea incorrecta antes de que la cobertura entre en vigencia. 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 el encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de seguro.

Reconozco con mi firma que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y correcta, y que he leído los requisitos, términos, condiciones, limitaciones y disposiciones descritos en este formulario, y que estoy de acuerdo con ellos.

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

Nombre (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup>Campo obligatorio

<sup>2</sup>Al marcar esta casilla, declara que el miembro tiene cobertura dental pediátrica con cualquier 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 legalmente reconocida como su pareja doméstica bajo los criterios acordados, por escrito, por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest y su grupo.

<sup>4</sup>Elegible hasta el último día del mes de su 26.º cumpleaños



## Lea lo siguiente antes de firmar su 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 la presente reconozco, 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, profesional de la atención médica, hospital, consultorio médico u otro local médico. También acepto que KFHPNW o su representante autorizado puede utilizar y revelar la información personal de salud para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica sin autorización, de conformidad con la ley aplicable. Esta no es una autorización conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.
- Permito que se hagan las deducciones apropiadas, de haberlas, de mis ganancias como parte del costo de esta cobertura.
- Entiendo que todos los servicios que no sean de emergencia (incluidos los servicios que se proporcionan en el Nivel 1 de Added Choice®) están cubiertos solo cuando los brindan o tramitan proveedores y centros de atención participantes o proveedores y centros de atención seleccionados.<sup>1</sup> (Miembros de Added Choice: Consulten su Evidencia de Cobertura [Evidence of Coverage, EOC] para obtener información acerca de los proveedores y centros de atención cubiertos en el Nivel 2 y el Nivel 3 que brindan servicios que no son de emergencia).

## Obtención de servicios y autorización previa

Si se inscribe en un plan médico o dental tradicional, con deducible o con deducible alto (planes que admiten cuenta de ahorros para gastos médicos [HSA]):

Todos los servicios deben ser proporcionados, prescritos o indicados por los proveedores participantes o dentistas de Permanente Dental Associates, con excepción de los servicios de emergencia y de atención de urgencia (fuera del área de servicio) que reúnen los requisitos o las referencias autorizadas.

**Si se inscribe en Added Choice:** Todos los servicios del Nivel 1 deben ser proporcionados, recetados o indicados por proveedores seleccionados, a excepción de los servicios de atención de emergencia o las referencias autorizadas.

**Autorización previa (todos los planes):** Muchos servicios requieren de autorización previa para estar cubiertos. Por ejemplo, si usted es miembro de Added Choice, la mayoría de los servicios de atención y los procedimientos que no son de emergencia del Nivel 2 y/o el Nivel 3, y que se proporcionan en un hospital, otro centro de atención o en su hogar, a excepción de los cuidados de maternidad, se deben autorizar con al menos 72 horas de anticipación. Consulte su Evidencia de Cobertura o comuníquese con Servicio a los Miembros para obtener información sobre cuáles son los servicios que requieren autorización previa.

**Servicio a los Miembros:** Para solicitar asistencia para obtener los servicios, llame a Servicio a los Miembros al 1-800-813-2000 (los miembros de Added Choice deben llamar al 1-866-616-0047). Para TTY, llame al 711. Para obtener servicios de interpretación de idiomas, llame al 1-800-324-8010.

## 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 significativamente si falta información o esta es incompleta.

### Correo postal:

Kaiser Permanente Membership Administration  
P.O. Box 203012  
Denver, CO 80220-9012

### Fax:<sup>2</sup>

1-866-311-5974

### Correo electrónico:

csc-den-roc-group@kp.org

<sup>1</sup>En la Evidencia de Cobertura podrá encontrar una descripción completa de los *proveedores* y *los centros de atención seleccionados*.

<sup>2</sup>Envíe por fax un solo formulario de inscripción por vez.

## Cómo llenar este formulario

1. Escriba en letra legible de imprenta con tinta negra o azul.
2. Para inscribirse, usted 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 llenar la sección del empleador. Su empleador es responsable de verificar toda la información antes de presentar este formulario, especialmente, las fechas de vigencia, ya que estas afectan sus primas.
4. Debe llenar las secciones desde la A hasta la C. En la sección A, debe llenar la información sobre usted. Llène la sección B si inscribe dependientes. Asegúrese de incluir cualquier apellido anterior de los dependientes. Lea la sección C y todo el formulario. Luego, firme y escriba la fecha en el formulario.
5. Luego de completar este formulario, guarde una copia. (Pronto recibirá una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente).

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

## Preguntas

Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-813-2000 (los miembros de Added Choice deben llamar al 1-866-616-0047), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Para TTY, llame al 711. Para obtener servicios de interpretación de idiomas, llame al 1-800-324-8010.

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

### ¡Soy un miembro nuevo!

#### Tu tarjeta de identificación

Pronto recibirá una tarjeta de identificación de Kaiser Permanente con su nombre y un número de historia clínica único de ocho dígitos. Tenga al alcance su tarjeta de identificación cuando llame para programar una cita o hablar con un enfermero de consulta, o cuando acuda a recibir atención. Si no tiene su tarjeta de identificación cuando acuda a su primera cita, traiga una identificación con fotografía. Una vez que se haya emitido su tarjeta de identificación, puede acceder a una copia digital en la aplicación de Kaiser Permanente.

#### Elija o cambie de médico en cualquier momento

Visite [kp.org/nuevosmiembros](http://kp.org/nuevosmiembros) para consultar los perfiles de nuestros médicos y encontrar un médico que se adapte a sus necesidades. Una vez que haya escogido un médico, llame al Mostrador de Bienvenida al 1-888-491-1124 para programar su primera cita. Para TTY, llame al 711.

#### Transfiera sus recetas médicas

Si desea transferir una receta, deberá llenar el formulario "Transfiera los medicamentos recetados" en [kp.org/nuevosmiembros](http://kp.org/nuevosmiembros) lo antes posible. Por lo general, usted puede resurtir por una única ocasión una receta médica escrita por un proveedor que no sea de la red si el medicamento se encuentra en nuestra lista de medicamentos recetados disponibles y su receta permite resurtidos.

Para pedir sus recetas médicas, llame al número de la farmacia principal de su consultorio médico antes de que necesite resurtir los medicamentos. Algunas recetas médicas requieren que visite a un proveedor participante antes de que podamos volver a surtir las. Una vez que tenga una receta médica escrita por un proveedor participante, puede solicitar que le vuelvan a surtir los medicamentos recetados en [kp.org/rxrefill](http://kp.org/rxrefill) (haga clic en "Español"). Ahorre más tiempo y dinero a través de nuestro servicio de farmacia con entrega a domicilio por correo con franqueo pagado, el cual está disponible para la mayoría de las recetas médicas.

#### Regístrese en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol)

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, puede enviar correos electrónicos al consultorio de su médico, ver la mayoría de los resultados de pruebas de laboratorio, resurtir sus medicamentos recetados, programar citas de rutina y mucho más. Para comenzar, visite [kp.org/register](http://kp.org/register) (haga clic en "Español"). Para registrarse, necesitará el número de ocho dígitos de su historia clínica.