

Formulario de inscripción o de cambio de grupos grandes de empleados de Washington de 2020



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 llenar esta sección)

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

N.º de grupo médico¹ _____ N.º de subgrupo médico _____ Grupo de facturas _____

N.º de grupo dental _____ N.º de subgrupo dental _____ Grupo de facturas _____

Motivo de inscripción o de cambio: complete si existe el grupo¹ (Marque una opción.) Fecha del evento ____ / ____ / ____

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

Inscripción abierta Ley COBRA Continuación estatal Otro/evento calificado de vida _____

¿El suscriptor vive o trabaja dentro del área de servicio de Kaiser Permanente Northwest? Sí No

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

Seleccione el tipo de beneficio:¹ Médico _____ (opción del plan) Dental _____ (opción del plan)

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

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

N.º de seguro social _____

Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento) Pronombre preferido _____

Domicilio¹ _____ Apt. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Correo electrónico _____

Teléfono celular _____ 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 de grupos grandes de empleados de Washington. Si es para agregar dependientes, incluya todos los dependientes que desea que permanezcan en el plan después de la fecha de vigencia del cambio.)

Cónyuge Pareja doméstica² Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre)¹ _____

Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____ Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento)

Pronombre preferido _____ Teléfono celular _____ Discapacitado Sí No

Médico Dental

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)^{1,3} _____

Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____ Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento)

Pronombre preferido _____ Teléfono celular _____ Discapacitado Sí No

Estudiante de tiempo completo Médico Dental

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)^{1,3} _____

Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____ Sexo¹ H M X Se niega a responder (en este momento)

Pronombre preferido _____ Teléfono celular _____ Discapacitado Sí No

Estudiante de tiempo completo Médico Dental

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 grandes de empleados de Washington.

¹Campo obligatorio

²Una persona legalmente reconocida como su pareja doméstica bajo los criterios acordados, por escrito, por Kaiser Foundation Health Plan of the Northwest y su grupo

³Elegible hasta el último día del mes de su 26.º cumpleaños

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

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.

Entiendo que es 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.

Firma del empleado¹ _____ Fecha ____ / ____ / ____

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 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 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.
- Para los planes médicos tradicionales, con deducible o con deducible alto (planes que admiten cuenta de ahorros para gastos médicos [Health Savings Account, HSA]): entiendo que todos los servicios que no sean de emergencia están cubiertos solo cuando los brindan o tramitan proveedores y centros de atención participantes o proveedores y centros de atención seleccionados.²

Obtención de servicios y autorización previa

Si se inscribe en un plan médico o dental tradicional, con deducible o con deducible alto:

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, prescritos o indicados por proveedores seleccionados, a excepción de los servicios de atención de emergencia o las referencias autorizadas.

Si se inscribe en PPO Plus®: Todos los servicios del Nivel 1 deben ser proporcionados o recetados por proveedores y centros de atención de Organizaciones de Proveedores Preferidos (Preferred Provider Organizations, PPO), a excepción de la atención de emergencia. Consulte su Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage, EOC) para obtener información acerca de los proveedores y centros de atención cubiertos en el Nivel 2 que brindan servicios que no son de emergencia.

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 y de PPO Plus 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.

Por correo postal:

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

Por fax:³

1-866-311-5974

Correo electrónico:

csc-den-roc-group@kp.org

¹Campo obligatorio

²En la Evidencia de Cobertura podrá encontrar una descripción completa de *los proveedores y los centros de atención seleccionados*.

³Envíe 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, debe vivir o trabajar dentro del área de servicio de Northwest por lo menos el 50% del tiempo, a menos que sea miembro de PPO Plus. Para inscribirse en PPO Plus, debe vivir y trabajar, presencialmente, fuera de los condados de Clark y Cowlitz, para un empleador que se encuentre en uno de estos dos condados.
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. Llene 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. Si está haciendo un cambio en la inscripción, como agregar a un dependiente, llene todas las secciones e incluya a todos los dependientes que estarán cubiertos a partir de la fecha de vigencia del cambio.
6. Luego de completar el 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.

¿Tiene alguna pregunta?

Llame a Servicio a los Miembros al 1-800-813-2000 (los miembros de Added Choice y PPO Plus 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.

Conéctese

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, 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 un médico y cámbielo en cualquier momento

Visite 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 las recetas médicas" en 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 su receta médica en 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

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 (haga clic en "Español"). Para registrarse, necesitará el número de ocho dígitos de su historia clínica, que aparece en su tarjeta de identificación de membresía.

