

Formulario de Inscripción o de Cambio para Grupos Pequeños de Empleados de Oregon 2025

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.

Employer section (To be completed by the employer. Subgroup and billgroup information required if coverage is selected.)

Company name¹ _____

Group #¹ _____ Effective date of coverage¹ _____ / _____ / _____

Medical subgroup # _____ Billgroup _____

Family dental subgroup # _____ Billgroup _____

Pediatric only dental subgroup # (18 years and younger) _____ Billgroup _____

Enrollment/change reason – complete if existing group¹ (Please check one.)

- | | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> New hire | <input type="checkbox"/> Open enrollment | <input type="checkbox"/> Part-time to full-time |
| <input type="checkbox"/> Newborn | <input type="checkbox"/> COBRA | <input type="checkbox"/> Change _____ |
| <input type="checkbox"/> Loss of coverage | <input type="checkbox"/> State continuation | <input type="checkbox"/> Other _____ |

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

Seleccione el tipo de beneficio:

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 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 _____ 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 para grupos pequeños de empleados de Oregon).

Seleccione una opción: Cónyuge/pareja de hecho registrada³ Pareja de hecho no registrada

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 celular _____ Persona con discapacidad Sí No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción): Familiar (pediátrica y para adultos) Únicamente pediátrica (menores de 18 años)
 Exención de cobertura dental pediátrica²

Otro seguro Sí No Compañía de seguros _____

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

¹ Campo obligatorio. (continúa en el dorso)

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 de hecho en un Certificado de pareja de hecho registrado válido expedido por el estado Oregon, que se encuentra registrada legalmente como su pareja de hecho según las leyes de otro estado o que fue reconocida de algún otro modo como su pareja de hecho 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)^{1,3} _____

Fecha de nacimiento¹ ____ / ____ / ____ N.º de seguro social _____

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

Teléfono móvil _____ Persona con discapacidad Sí No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción): Familiar (pediátrica y para adultos)

Únicamente pediátrica (menores de 18 años) Exención de cobertura dental pediátrica²

Otro seguro 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 _____ Persona con discapacidad Sí No

Cobertura médica

Cobertura dental (seleccione una opción): Familiar (pediátrica y para adultos)

Únicamente pediátrica (menores de 18 años) Exención de cobertura dental pediátrica²

Otro seguro 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 Oregón*.

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 empleado¹ _____ Fecha _____ / _____ / _____

Nombre en letra de imprenta: _____

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 incapacidad física, del desarrollo o una enfermedad mental.

Según la ley estatal, si los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas de hecho registradas en el estado reciben cobertura de la misma manera. Si su empleador decide proveer cobertura a parejas de hecho que no están registradas en el estado y los hijos del empleado asegurado están cubiertos, los hijos de las parejas de hecho 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 periodo 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) pueda solicitar información personal de salud, incluida la información sobre el tratamiento o los servicios que cualquiera de nosotros pueda recibir de un médico, profesional médico, 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.
- Al proporcionar mi dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil, entiendo que puedo recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Kaiser Permanente.

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 (haga clic en "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 demorarse 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:

csc-den-roc-group@kp.org

Puede ver los detalles del plan, como los beneficios, las exclusiones y las 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 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 su prima.
4. Debe llenar las secciones desde la A hasta la C. En la sección A, debe llenar la información sobre usted. 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 del formulario. Luego, firme y escriba la fecha en el formulario.
5. Despues de completar el formulario, guarde una copia para su registro. (Pronto tendrá acceso a una tarjeta de identificación digital 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.

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, volver a surtir la mayoría de los medicamentos, 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 que indica 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 en cualquier momento

Visite kp.org/nuevosmiembros para consultar los perfiles de nuestros médicos y encuentre uno que se adapte a lo que usted necesita.

Transfiera sus recetas médicas

Si tiene que transferir recetas médicas, puede hacerlo en línea en kp.org/nuevosmiembros o llamando al **1-866-616-0047** (TTY 711). Por lo general, puede volver a surtir 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 cubiertos y la receta permite los surtidos.

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

