

Solicitud maestra para grupos de 51 empleados o más

Seleccione UNA O MÁS opciones de cobertura:

Kaiser Foundation Health Plan of Washington (KFHPWA)

Red de proveedores Core
☐ Organización de mantenimiento de la salud
 (Health Maintenance Organization, HMO)

Red de proveedores Connect
☐ Virtual Plus¹

Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc. (KFHPWAO)

Red de proveedores Access PPO
☐ Access PPO

Red de proveedores Options
☐ KP Plus
☐ Options²

Red de proveedores Summit PPO
☐ Summit PPO1

Delta Dental of Washington (DDWA)

☐ Health360

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL GRUPO

Fecha de vigencia: _____

Número(s) de grupo: _____

Nombre legal del grupo: _____

Nombre comercial (si corresponde): _____

Dirección física/postal del grupo: _____

Nombre del director ejecutivo, presidente o dueño: _____

Puesto: _____

Tipo de negocio: _____

N.º de código estándar de la industria (Standard Industry Code, SIC): _____

N.º de identificación fiscal: _____ ¿Cuándo se fundó la compañía? _____

Compañía matriz: _____

Filiales, subsidiarias u otras ubicaciones de las oficinas que recibirán cobertura: _____

Contacto principal del grupo _____ Puesto: _____

Dirección comercial: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del contacto de facturación: _____ Puesto: _____

Dirección de facturación: (si es diferente a la dirección comercial): _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

¿El contacto de facturación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA) es el mismo que el contacto de facturación? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es no, complete lo siguiente:

Nombre de contacto de facturación de COBRA _____ Puesto: _____

Dirección de facturación: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Para inscribirse en el sitio web para empleadores de Kaiser Permanente, consulte las instrucciones en kp.org/wa/business (en inglés).

¹ Para los empleadores que tengan empleados en los condados de King, Snohomish, Pierce, Kitsap, Thurston o Spokane.

² Solo disponible para los planes que renueven Options.

2. ELEGIBILIDAD DE LOS EMPLEADOS

Mes(es) de la inscripción abierta: _____

En este grupo, se define a un "empleado legítimo" como una persona que trabaja un mínimo de _____ horas
☐ por semana ☐ por mes

Los empleados serán elegibles para recibir los beneficios en este momento **(seleccione una opción):**

☐ Fecha de contratación

☐ Primer día del mes después de: ☐ Fecha de contratación ☐ 30 días ☐ 60 días

☐ Primer día del mes después de o que coincida con: ☐ Fecha de contratación ☐ 30 días ☐ 60 días

☐ Otro momento. No más de 90 días desde la fecha en que el empleado sea elegible de otro modo para inscribirse. El periodo de orientación necesario para que un empleado pueda inscribirse no puede superar un mes calendario (especifique).*

El empleado pasa de medio tiempo a tiempo completo **(seleccione una opción):**

☐ El periodo de prueba comienza en la fecha en que el empleado pasa a tiempo completo.

☐ El periodo de prueba es retroactivo a la fecha original de contratación.

Política de reconstrucción: ☐ Ninguna ☒

☐ Renuncia al periodo de prueba si se contrata dentro de: ☐ 30 días ☐ 60 días ☐ 90 días

☐ Otro _____

Cancelación de la cobertura: ☐ Fecha de cancelación ☐ Fin del mes siguiente a la cancelación

☐ Otro _____

Nota: Si se solicita y de conformidad con las leyes del estado de Washington, la continuación de la cobertura está disponible para los empleadores que decidan ejercer esta opción para sus empleados que dejen de ser elegibles para recibir la cobertura grupal.

Otras clases de empleados o dependientes elegibles: _____

Nota: Los hijos son elegibles hasta los 26 años, de conformidad con las leyes federales y estatales.

Otras clases o información de elegibilidad:* _____

Nota: Las parejas domésticas registradas en el estado se tratarán como cónyuges según lo exigen las leyes del estado de Washington. ¿Tiene otra cobertura de pareja doméstica? ☐ Sí ☐ No

Cuando corresponda, el empleador acepta hacer la siguiente contribución a la cobertura médica y dental del empleado y sus dependientes:

Empleado \$ o % _____ Dependientes \$ o % _____

\$ o % de contribución anual de la cuenta de gastos para servicios médicos (Health Spending Account, HSA) o del acuerdo de reembolso de gastos médicos (Health Reimbursement Arrangement, HRA) _____

*Adjunte hojas adicionales en caso de que sea necesario.

Nota: Las pautas de suscripción exigen una contribución mínima del 50% a la cobertura médica y dental opcional de los empleados.

3. PARTICIPACIÓN GRUPAL

3A. Cantidad total de empleados en la nómina, independientemente de las horas trabajadas _____

3B. Empleados no elegibles para inscribirse

i. Empleados que trabajan menos del mínimo de horas (consulte **la sección 2**) _____

ii. Empleados que están cumpliendo su periodo de prueba como empleados nuevos + _____

iii. Empleados que trabajan de manera eventual, por temporadas o como suplentes + _____

iv. Empleados a los que se les paga mediante el Formulario 1099 del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) + _____

v. Empleados cuya clase no es elegible para recibir cobertura grupal; descripción de la clase no elegible del grupo: _____

_____ +
(Por ejemplo, plan del gobierno, otra cobertura grupal, convenio colectivo)

Total de empleados no elegibles para inscribirse (la suma desde i. hasta v.) = _____

3C. Cantidad de empleados elegibles que no se inscriben debido a la cobertura de un plan del gobierno (Medicare/Medicaid, TRICARE) u otra cobertura grupal con una exención válida _____

3D. Cantidad total de empleados elegibles para inscribirse (3A menos 3B menos 3C) = _____

3E. Cantidad total de empleados elegibles que se inscriben _____

3F. Porcentaje de empleados elegibles que se inscriben (3E dividido por 3D) = _____ %

3G. ¿Su plan cubre jubilados?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, el número de jubilados elegibles para beneficios _____

3H. Cantidad de suscriptores a la cobertura conforme a la COBRA o a la continuación de la cobertura, si corresponde _____

3I. ¿El número de empleados declarados en la opción 3A incluye a todos los empleados elegibles en el mundo?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, ¿cuál es la cantidad total de empleados en el mundo? _____

3J. ¿La cantidad de empleados declarados en el punto 3A incluye a los empleados elegibles que trabajen fuera del estado de Washington?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, indique la cantidad de empleados en cada estado

Estado: _____

N.º de empleados: _____

Nota: Las pautas de suscripción exigen que el 75% de todos los empleados elegibles se inscriban en la cobertura de salud y dental patrocinada por la compañía, si corresponde, sin incluir a las personas que renuncien a la cobertura.

4. REQUISITOS FEDERALES

Consejo: Si necesita asistencia, le recomendamos que se informe con un asesor de beneficios o un asesor legal. Los siguientes resúmenes no pretenden ser asesoría legal ni reemplazarla. Es responsabilidad del grupo informarnos si cambian los hechos que puedan modificar las siguientes respuestas del grupo.

4A. Ley de Equidad Fiscal y Responsabilidad Financiera de 1982 (Tax Equity and Fiscal Responsibility Act, TEFRA) o Ley de Reducción de Déficit (Deficit Reduction Act, DEFRA): ¿El grupo está sujeto a las leyes federales de pagador secundario de Medicare (Medicare Secondary Payer, MSP) que prohíben discriminar a las personas con cobertura grupal según su situación laboral actual (o la de su cónyuge) que tienen Medicare por la edad?

☐ Sí. Este plan pagará en primer lugar a Medicare, como exigen las leyes federales.

☐ No. Este grupo tiene menos de 20 empleados.

Consejo: Por lo general, estos requisitos no se aplican a los empleadores que no tuvieron 20 empleados o más por cada día hábil en cada una de las 20 semanas calendario o más del año calendario en curso o del anterior. Para estos planes para grupos pequeños, Medicare paga en primer lugar al plan grupal.

“Empleados” incluye a todos los empleados de tiempo completo y de medio tiempo, así como a los empleados con discapacidad y sujetos a los impuestos conforme a la Ley Federal de Contribución de los Seguros (Federal Insurance Contributions Act, FICA). Consulte el artículo 411.106 del título 42 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR) para obtener más información sobre qué personas constituyen un empleado para este fin.

4B. COBRA: ¿El grupo está sujeto a la COBRA? ☐ Sí ☐ No

Consejo: Por lo general, esto se aplica a un empleador no religioso que tuvo 20 empleados o más durante, al menos, el 50% de los días hábiles del año calendario anterior.

“Empleados” son empleados de hecho de tiempo completo y de medio tiempo. Los trabajadores independientes se definen en el artículo 54.4980B-2 del título 26 del CFR.

4C. Ley Ómnibus de Reconciliación Presupuestaria (Omnibus Budget Reconciliation Act, OBRA): ¿El grupo está sujeto a las leyes federales de pagador secundario de Medicare (MSP) que prohíben discriminar a las personas con cobertura grupal según su situación laboral actual (o la de un miembro de la familia) que tienen Medicare por una discapacidad?

☐ Sí. Este plan pagará en primer lugar a Medicare, como exigen las leyes federales.

☐ No. Este grupo tiene menos de 100 empleados.

Consejo: Por lo general, estos requisitos se aplican a un empleador que tuvo, al menos, 100 empleados el 50% o más de los días hábiles del año calendario anterior. Consulte el consejo en el punto 4A anterior para conocer la definición de “empleado” para este fin.

4D. ERISA:

Requisitos del grupo	Respuestas (marque una)		Requisitos adicionales (si corresponde)	Notas
¿El grupo está sujeto a la Ley de Seguridad de 1974 sobre los Ingresos de Jubilación para los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA)?	Sí	No		Según la sección 104 de la ERISA, es posible que su grupo deba presentar el Anexo C del IRS (Formulario 5500).
	☐	☐		

Si la respuesta es sí, ingrese el mes en el que termina el año del plan de la ERISA: _____

Número de plan del Formulario 5500: _____. Si la respuesta es no, indique el motivo legal de la excepción:

☐ Plan del público o del gobierno ☐ Plan de la iglesia

☐ Otro (especifique): _____

Consejo: Por lo general, la ERISA se aplica a todos los planes de salud de empleadores, excepto a los planes del gobierno, públicos o religiosos. La condición de organización sin fines de lucro no exime al empleador de la ERISA.

Nota: Número de plan del Formulario 5500:

Si corresponde, ingrese el número de plan de tres dígitos declarado en el Formulario 5500 del IRS presentado ante el Departamento de Trabajo (Department of Labor, DOL). Si hay más de un valor, separe los números con punto y coma en el campo anterior.

5. REQUISITOS ESTATALES

La Oficina del Comisionado de Seguros (Office of the Insurance Commissioner, OIC) del estado de Washington nos exige que presentemos todos los formularios de inscripción personalizados, ya sean impresos o electrónicos, para garantizar que incluyan diversas divulgaciones de protección al consumidor.

☐ Declaro que el grupo usa el formulario de inscripción estándar de Kaiser Permanente.

☐ **Declaro que el grupo no usa el formulario de inscripción estándar de Kaiser Permanente. Todos los formularios o las imágenes de pantalla de inscripción personalizados deben enviarse con la documentación de renovación o de nueva venta para que puedan presentarse con el contrato y ser aprobados por la OIC. No hacerlo demorará el procesamiento de la inscripción y la emisión del contrato de grupo y la Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage).**

Nota: Si usa nuestra hoja de cálculo de plantilla de censo estándar o envía la inscripción mediante un archivo de intercambio electrónico de datos (Electronic Data Interchange, EDI) u 834, debe indicar cómo recopila esta información seleccionando una de las opciones anteriores.

6. INFORMACIÓN DE OTRO ADMINISTRADOR

¿Ofrece otro plan médico a sus empleados que no sea uno de nuestros planes? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique el nombre del administrador: _____

7. CONFIRMACIÓN DE LAS TARIFAS MÉDICAS Y SELECCIÓN DE LOS BENEFICIOS

7A. Firme la hoja de confirmación de las tarifas médicas adjunta.

Número de confirmación de solicitud/QR: _____

7B. Acuerdo de financiamiento de la reserva de estabilización de tarifas ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, la obligación terminal es asumida por ☐ Cliente ☐ KFHPWA o KFHPWAO

7C. Si ofrece un HRA o una HSA, ¿quiere un acuerdo bancario integrado con HealthEquity?

☐ Sí ☐ No

7D. Plan con derechos adquiridos por antigüedad: Para cumplir con las disposiciones, nuestra documentación debe establecer que los siguientes criterios del plan con derechos adquiridos por antigüedad se aplican desde el 23 de marzo de 2010. ¿El grupo cumple con los siguientes criterios? ☐ Sí ☐ N/A

- El plan no se enmendó para eliminar los beneficios por una afección específica.
- El porcentaje de costo compartido de monto fijo que exige el plan, si corresponde, no aumentó desde el 23 de marzo de 2010.
- El costo compartido fijo que se exige, distinto de los copagos, no aumentó en un porcentaje total superior a la tasa de inflación médica más el 15%.
- Los copagos no aumentaron más que la tasa de inflación médica más el 15% o \$5 (ajustados a la inflación), el importe que sea mayor.
- La tasa de contribución del empleador de los niveles de cobertura no disminuyó más del 5%.
- El plan no se enmendó para imponer un límite anual en dólares ni para adoptar un límite general anual en dólares a los beneficios inferior al límite de por vida.

8. PAQUETE DE BENEFICIOS DE DELTA DENTAL OF WASHINGTON

Gracias a la combinación del paquete de beneficios de Delta Dental of Washington con la cobertura médica de Kaiser Permanente, usted recibirá una factura unificada. La cobertura dental es proporcionada por Delta Dental of Washington, 400 Fairview Avenue N., Suite 800, Seattle, WA 98109-5371.

8A. Confirmación del paquete de beneficios dentales de Health360: ☐ Sí ☐ No

8B. Firme la hoja de confirmación de las tarifas dentales adjunta. Número de confirmación: _____

La elegibilidad para el plan de atención dental opcional aparecerá en el folleto de beneficios según lo defina el grupo.

El grupo debe haber inscrito, al menos, a 51 suscriptores para cumplir los requisitos; además, debe participar el 75% de los empleados elegibles.

9. INFORMACIÓN DEL PRODUCTOR

¿Tiene un productor de registros? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, pase a la **Sección 10.**

Designé a _____ como mi productor

de registros con respecto a la cobertura descrita en esta solicitud, a partir del ____ / ____ / ____ .

Nombre del productor: _____ Puesto: _____

Nombre de la compañía del productor: _____

Número de licencia: _____

Número de seguro social o identificación fiscal del productor o representante: _____

Dirección de la compañía: _____

☐ Asesor ☐ Productor ☐ Comisión que se debe pagar a: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

10. RECONOCIMIENTOS Y CERTIFICACIÓN

El solicitante reconoce que, si el administrador de salud correspondiente (KFHPWA o KFHPWAO) y el administrador dental opcional (DDWA) aceptan la cobertura solicitada según las normas y prácticas vigentes del administrador, se emitirá un acuerdo de cobertura que tendrá vigencia a partir de la fecha determinada por el o los administradores. El solicitante además reconoce y acepta que el pago de cualquier prima pendiente por la cobertura constituirá la aceptación por parte del solicitante del acuerdo de cobertura emitido.

En la sección 2, "Elegibilidad de los empleados", el solicitante declara haber establecido con claridad los plazos de las condiciones de elegibilidad o los periodos de espera impuestos a los empleados antes de que sean elegibles para estar cubiertos por los términos del plan. El solicitante además declara que nos informará cualquier cambio relacionado con dichas condiciones.

Si se llenó la sección 9, el solicitante designó al productor nombrado como el productor de registros con respecto a la cobertura descrita en esta solicitud. Ningún productor tiene la autoridad para garantizar que el administrador de salud aceptará esta solicitud de cobertura ni para hacer un contrato en nombre del administrador de salud.

KFHPWA, KFHPWAO y DDWA se reservan el derecho a revisar el informe trimestral del empleador del estado de Washington del solicitante, Formulario 5208A, para confirmar los requisitos de elegibilidad y participación. Según las leyes de Washington, 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.

La firma del representante autorizado del solicitante constituirá la 1) solicitud de cobertura del solicitante; 2) el reconocimiento y la aceptación de todos los términos, condiciones e información que contenga este formulario de solicitud; y 3) la certificación de que toda la información proporcionada por el solicitante en este formulario es certera y está completa.

Nombre del representante del grupo: _____ Puesto: _____

Firma del representante: _____ Fecha: _____

11. CERTIFICACIÓN DEL PRODUCTOR

(llene SOLO si se nombra a un productor en la sección 9)

Certificación del productor: Certifico que, según mi leal saber y entender, la información que aparece en esta solicitud es certera.

Nombre del productor: _____ Puesto: _____

Firma del productor: _____ Fecha: _____

Todos los planes médicos son ofrecidos y están suscritos por Kaiser Foundation Health Plan of Washington o Kaiser Foundation Health Plan of Washington Options, Inc., 2715 Naches Ave. SW, Renton, WA 98057.

Todos los planes de atención dental son ofrecidos y suscritos por Delta Dental of Washington, 400 Fairview Avenue N., Suite 800, Seattle, WA 98109-5371.