

Declaración de Cobertura Dental Pediátrica

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (Affordable Care Act, ACA) exige la cobertura dental para cualquier persona de 18 años o menos. A esto se le da el nombre de cobertura dental pediátrica. Si tiene un hijo de 18 años o menos bajo su cobertura del plan médico de Kaiser Foundation Health Plan of Washington, tendrá que inscribirlo también en una cobertura dental pediátrica.

Ofrecemos 2 planes dentales emitidos y suscritos por Delta Dental of Washington (400 Fairview Ave N., Suite 800, Seattle, WA 98109-5371) que proporcionan cobertura dental pediátrica. Para inscribirse en uno de estos planes de Delta Dental of Washington, visite kp.org/wa/dental (en inglés) para descargar el Account Change Form (Formulario de Cambios en la Cuenta). Luego complételo y envíenoslo al número de fax o a la dirección postal que se indican a continuación en un plazo de 60 días a partir de la fecha de inicio de su cobertura médica. Las instrucciones sobre dónde enviar el Formulario de Cambios en la Cuenta se encuentran en la página 5 del formulario.

Si decide inscribirse en una cobertura dental pediátrica de otro administrador, complete este formulario de Declaración de Cobertura Dental Pediátrica y envíenoslo junto con un comprobante de cobertura dental dentro de los 60 días posteriores a la fecha de inicio de su cobertura médica. El comprobante de cobertura dental puede incluir lo siguiente:

- una tarjeta de identificación del miembro del plan dental por cada niño con cobertura y las fechas de cobertura;
- una carta del administrador del plan dental que detalle cada niño con cobertura y las fechas de cobertura.

Si no envía esta información en el plazo de 60 días, no cumplirá el mínimo de cobertura médica y dental que exigen las regulaciones estatales y federales de Washington.

Si tiene alguna pregunta sobre la cobertura dental pediátrica o nuestros planes dentales, llame a Servicio a los Miembros al **1-800-290-8900** (TTY 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m.

Instrucciones

- 1.** Complete las secciones A, B y C de este formulario.
- 2.** Imprima y firme el formulario.
- 3.** Envíe el formulario y la documentación por fax o correo postal.

Fax: 855-355-5334

Correo postal: Kaiser Foundation Health
Plan of Washington
Membership Administration
P.O. Box 23127
San Diego, CA 92193-9921

Sección A: Información sobre el solicitante principal

Nombre del solicitante principal (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)			
Fecha de nacimiento	Sexo: mujer, hombre, prefiere no especificar		
Número de historia clínica de Kaiser Permanente	Número de teléfono (teléfono celular si corresponde)		
Dirección de su casa (no se admiten los apartados postales)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es distinta de la dirección de su casa)	Ciudad	Estado	Código postal

Kaiser Permanente se refiere a Kaiser Foundation Health Plan of Washington.

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

Declaración de Cobertura Dental Pediátrica

Sección B: Información del dependiente

Si tiene más de 3 dependientes que recibirán cobertura, llene una copia adicional de esta página y envíela junto con la declaración.

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sexo: mujer, hombre, prefiere no especificar	Fecha de nacimiento	N.º de historia clínica de Kaiser Permanente (KP)
Cónyuge o pareja doméstica					
Dependiente					
Dependiente					
Dependiente					

Sección C: Declaración y firma

No quiero inscribirme en la cobertura dental en este momento. Certifico que tengo o tendré otra cobertura dental pediátrica para cualquier persona de 18 años o menos cubierta por mi plan médico dentro de los 60 días posteriores a mi inscripción en dicho plan. Entiendo que la cobertura dental pediátrica es obligatoria conforme a la Ley de Cuidado de Salud Asequible y a las leyes del estado de Washington, y que si no obtengo cobertura, no cumpliré la cobertura médica y dental mínima necesaria que exigen las regulaciones federales y estatales de Washington.

Firma del solicitante principal _____ Fecha _____