

Denver/Boulder/Longmont

Formulario de inscripción/Cambio para el plan de grupo

Por favor revise todo el formulario y escriba solamente con tinta negra y letra de imprenta o a máquina.
 Conserve la copia rosa para su propio expediente y úsela como identificación temporal después de la fecha de vigencia.

APELLIDO DEL EMPLEADO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

SECCIÓN PARA EL EMPLEADOR

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA

NÚM. DE GRUPO

NÚM. DE SUBGRUPO

UNIDAD DE FACTURACIÓN DE GRUPO

FECHA DE CONTRATACIÓN (MM/DD/AAAA)

FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA (MM/DD/AAAA)

NUEVA INSCRIPCIÓN Marque una:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grupo nuevo | <input type="checkbox"/> Inscripción abierta (llene las secciones A, B, C, D) |
| <input type="checkbox"/> Empleado nuevo (llene las secciones A, B, C, D) | <input type="checkbox"/> COBRA (llene las secciones A, B, C, D) |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura (llene las secciones A, B, C, D) | Fecha del acontecimiento <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ | |

- PLAN** Marque una: HMO PPO Added Choice (punto de servicio) Fuera del área
 Deducible/coseguro Deducible/coseguro c/opción HSA

SI ES PARA HACER ALGÚN CAMBIO, LLENE LO SIGUIENTE::
QUITAR DEPENDIENTES (Llene las secciones A, B, C, D)

FECHA (MM/DD/AAAA)

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Sobrepasa la edad límite | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Fallecimiento | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique): _____ | <input type="text"/> |

AGREGAR DEPENDIENTES (Llene las secciones A, B, C, D)

FECHA (MM/DD/AAAA)

- | | |
|---|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Nacimiento | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Adopción* | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Matrimonio | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pareja de hecho (si corresponde) | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de otra cobertura | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique) | <input type="text"/> |

OTROS CAMBIOS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cambio de nombre (Llene las secciones A, B, C) | <input type="checkbox"/> Dirección (Llene las secciones A, C) |
| Nombre anterior _____ | <input type="checkbox"/> Teléfono (Llene las secciones A, C) |
| Nombre actual _____ | |

¿Usted o alguno de sus dependientes califica para Medicare?
 Si la respuesta es afirmativa, comuníquese al **1-800-632-9700** para obtener más detalles.

*Es posible que se requiera documentación adicional.



A. INFORMACIÓN DEL EMPLEADO

APELLIDO _____ NOMBRE _____ INIC. _____ SUFIJO _____
 NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ NÚM. EXPEDIENTE MÉDICO (SI CORRESPONDE) _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) HOMBRE MUJER
 ID PCP _____ Paciente actual: Sí No
 Médico de atención primaria (PCP) _____
 DIRECCIÓN _____
 NÚM. DE APARTAMENTO _____ CIUDAD _____
 ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TEL. DOMICILIO _____ TEL. TRABAJO _____
 IDIOMA ESCRITO O HABLADO QUE PREFIERE (OPCIONAL) _____ ORIGEN ÉTNICO (OPCIONAL) _____

B. INFORMACIÓN FAMILIAR Si tiene más dependientes, adjunte una hoja adicional y ponga el nombre del empleado arriba.

Marque esta casilla si adjuntó una hoja adicional.

AGREG. ELIM. CÓNYUGE DEPENDIENTE HIJO OTRO
 APELLIDO _____ NOMBRE _____ INIC. _____ SUFIJO _____
 NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ NÚM. EXPEDIENTE MÉDICO (SI CORRESPONDE) _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) HOMBRE MUJER
 ID PCP _____ Paciente actual: Sí No
 Médico de atención primaria (PCP) _____

AGREG. ELIM. DEPENDIENTE HIJO OTRO _____
 APELLIDO _____ NOMBRE _____ INIC. _____ SUFIJO _____
 NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ NÚM. EXPEDIENTE MÉDICO (SI CORRESPONDE) _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) HOMBRE MUJER
 ID PCP _____ Paciente actual: Sí No
 Médico de atención primaria (PCP) _____

AGREG. ELIM. DEPENDIENTE HIJO OTRO _____
 APELLIDO _____ NOMBRE _____ INIC. _____ SUFIJO _____
 NÚMERO DE SEGURO SOCIAL _____ NÚM. EXPEDIENTE MÉDICO (SI CORRESPONDE) _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) HOMBRE MUJER
 ID PCP _____ Paciente actual: Sí No
 Médico de atención primaria (PCP) _____



APELLIDO DEL EMPLEADO <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL <input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>
--	--

¿Alguno de sus dependientes tiene más años que la edad máxima? Sí NO Si la respuesta es afirmativa, conteste lo siguiente:

Nombre completo (Apellido, nombre, 2º nombre)	Discapacitado*	Estudiante de tiempo completo	Nombre de la universidad o escuela técnica
<hr/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<hr/>
<hr/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<hr/>

C. Condiciones de inscripción: Leí los términos y las condiciones al reverso de este formulario de inscripción y los acepto. Excepto las reclamaciones en jurisdicción del tribunal para demandas de menor cuantía, las reclamaciones que surgen bajo la sección 502(a)(1)(B) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), las reclamaciones cubiertas bajo la Ley de Disponibilidad de Atención Médica de Colorado (Health Care Availability Act), secciones 13-64-403, las reclamaciones evaluadas a través de un proceso de evaluación externa independiente, de conformidad con CRS 10-16-113.5 y las reclamaciones sujetas a los procedimientos de apelación de Medicare, cualquier disputa entre Miembros, sus herederos u otros asociados, por una parte, y por la otra las partes de Kaiser Permanente, por supuestas violaciones de cualquier obligación que surja a raíz de la afiliación a Health Plan deberán decidirse por medio de arbitraje obligatorio. Esto incluye reclamaciones de responsabilidad civil por las instalaciones, o pertinentes a la cobertura para, o la entrega de servicios o artículos, independientemente de la teoría jurídica. Ambas partes renuncian a todos los derechos a juicio por jurado o juez, y ambas partes serán responsables de ciertos costos asociados con el arbitraje obligatorio. Esta disposición no deberá limitar el acceso que un individuo tiene a procedimientos para revisar las determinaciones de la gestión de utilización, según se dispone en los estatutos enmendados de Colorado y en la División de Regulaciones de Seguros.

Por medio del presente solicito membresía a Kaiser Permanente para mi y para mis dependientes que califican y que nombro en este formulario. Entiendo que si me/nos aceptan, mi/nuestros beneficios se acatarán al contrato maestro correspondiente al tipo de plan al cual estoy inscrito/estamos inscritos.

Firma del empleado/solicitante	Fecha	Firma del empleador	Fecha
--------------------------------	-------	---------------------	-------

D. INFORMACIÓN DE OTRA COBERTURA
 ¿Alguna de las personas (usted inclusive) indicadas en la lista anterior tiene cobertura adicional por medio de otro seguro? Sí NO

Nombre	Aseguradora	Número de póliza	Teléfono
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

¿Tiene trabajo su cónyuge? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Sus hijos tienen trabajo? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Su cónyuge tiene seguro adicional? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Sus hijos tienen seguro adicional? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

CONTACTO PARA EMERGENCIAS

Nombre y relación con usted	Teléfono durante el día	Teléfono en las noches
<hr/>	<hr/>	<hr/>

*Es posible que se requiera documentación adicional.



SECCIÓN D – (Lea y complete esta información si le corresponde.)**Información de otra cobertura**

- Llene esta sección si usted o alguno de sus dependientes actualmente tiene o anteriormente tuvo otro seguro médico a través de otro plan, incluido Medicare.

Contacto para emergencias

- Proporcione el nombre, relación y números de teléfono de una persona para contactar en caso de emergencia.

DESPUÉS DE LLENAR ESTE FORMULARIO

El original *blanco* es para Kaiser Permanente. Devuélvaselo a su empleador o envíelo por correo a:

Kaiser Permanente
Membership Administration Department
P.O. Box 921010
Fort Worth, Texas 76121-1010

La copia *amarilla* es para su empleador.

La copia *rosa* es para usted.

- Si es un miembro nuevo, use la copia rosa como identificación temporal hasta que le llegue por correo su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.
- Si es miembro actual y está haciendo cambios a su cuenta, guarde la copia rosa en su propio expediente. Llame a Servicios a los Miembros al **303-338-3800** ó **1-800-632-9700** (TTY **303-338-3820**) si necesita ayuda para llenar este formulario.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Si usted y su familia tienen cobertura bajo más de un plan, es posible que pueda ahorrar dinero y mejorar su cobertura. A menudo cuando ambos, el esposo y la esposa trabajan, los dos tienen cobertura médica proporcionada por sus empleadores.

Si usted tiene cobertura en dos planes que incluyen una disposición de coordinación de beneficios (COB), es posible que pueda eliminar la mayoría de sus gastos de bolsillo para los servicios que los planes cubren parcialmente.

Cuando usted reciba servicios autorizados por Kaiser Permanente, le cobraremos a la aseguradora principal y le estableceremos una cuenta de reserva de beneficios. Kaiser Permanente llevará un registro de lo que su aseguradora principal nos pague y se lo abonaremos a una cuenta de reserva de beneficios. El dinero que tenga en esa cuenta de reserva de beneficios se usará para reembolsarle los gastos de su bolsillo para servicios médicos que cualquiera de los planes cubre parcialmente. Los gastos que se aplican a la cuenta de reserva de beneficios tienen que ser contraídos el mismo año natural.

Para aprovechar este beneficio, llene la sección "Información de otra cobertura" que se encuentra en la sección D, al reverso del formulario de inscripción/cambio.

Si tiene preguntas o necesita más información sobre la Coordinación de beneficios, llame al departamento de Servicios de facturación a los pacientes al **303-743-5900**.

AUTORIZACIÓN DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Por el presente autorizo que Kaiser Permanente le facture al seguro de grupo principal de mi cónyuge u otro dependiente por todos los servicios proporcionados o tramitados por los médicos participantes y que coordine los beneficios y/o reembolsos con las otras compañías de seguros o de planes de atención médica. Solicito que le paguen a Kaiser Permanente las facturas de los servicios que me proporcionen o que proporcionen a mis dependientes inscritos en el plan. También autorizo que Kaiser Permanente proporcione cualquier información sobre mi tratamiento médico necesaria para esta reclamación. Autorizo también que se use esta copia en lugar del original.

INSTRUCCIONES POR ANTICIPADO

Las leyes federales exigen que Kaiser Permanente le informe sobre su derecho de tomar decisiones sobre su atención médica.

Las leyes de Colorado reconocen el derecho de un adulto de aceptar o rechazar tratamiento médico, alimentación e hidratación artificial y reanimación cardiopulmonar.

Todo adulto tiene el derecho a establecer, antes de necesitar tratamiento médico, instrucciones y directrices para la administración de tratamiento médico en el caso de que la persona no tenga la capacidad de tomar decisiones para proporcionar consentimiento informado o para rehusar tratamiento médico. (Estatutos enmendados de Colorado: CRS 15-14-504)

Kaiser Permanente no discriminará en su contra si tiene o no tiene instrucciones por anticipado y seguirá los requisitos de las leyes de Colorado en lo relacionado a las instrucciones por anticipado. Si usted tiene instrucciones por anticipado, déle una copia al departamento de expedientes médicos de Kaiser Permanente o a su proveedor médico.

Un proveedor de atención médica o una instalación de atención médica deberá proporcionar lo necesario para la pronta transferencia del paciente a otro proveedor de atención médica o a otra instalación de atención médica si dicho proveedor o instalación de atención médica no desea cumplir con las decisiones de tratamiento médico de una agencia sobre la base de normas basadas en ideas morales o ideas religiosas. (CRS 15-14-507)

Contamos con dos folletos al respecto: *Your Right to Make Health Care Decisions* (Su derecho de tomar decisiones sobre su atención médica) y *Making Health Care Decisions* (Cómo tomar decisiones de atención médica). Para obtener copias de estos folletos o para obtener más información, llame a Servicios a los Miembros al **303-338-3800** o al **1-800-632-9700** (TTY **303-338-3820**).

TÉRMINOS Y CONDICIONES

A mi mejor saber y entender, la información que proporcioné está completa y es verídica, y entiendo que si falsifico información, Kaiser Permanente podrá recuperar pagos, cancelar mi membresía y/o rehusarse a pagar reclamaciones. Por medio del presente solicito inscripción para mí y mis familiares dependientes que califican y aquí nombrados. Entiendo que si Kaiser Permanente acepta mi solicitud, los beneficios para los cuales calificaremos dependerán del contrato maestro correspondiente al tipo de plan al cual estamos inscritos.

Yo autorizo que se deduzca de mi pago de nómina las cantidades necesarias para pagar mi cobertura del plan de atención médica.

Es ilegal proporcionar a sabiendas, información falsa, incompleta o hechos o información engañosa a una compañía de seguros para fines de fraude o intento de fraude contra la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelación, multas, denegación de seguro médico y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione información falsa o incompleta o datos o información engañosa a un titular de póliza o reclamante para fines de defraudar o intentar defraudar al titular o reclamante en cuanto a la conciliación o indemnización a pagar por procesos de seguro deberá ser reportada a la División de Seguros de Colorado (Colorado Division of Insurance) del Departamento de Agencias Reguladoras (Department of Regulatory Agencies).

LAS LEYES DE SEGUROS DE COLORADO EXIGEN QUE TODAS LAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS DEL MERCADO DE GRUPOS PEQUEÑOS EMITAN CUALQUIER PLAN DE BENEFICIOS MÉDICOS QUE COMERCIALIZAN EN COLORADO A PEQUEÑAS EMPRESAS CON 2 A 5 EMPLEADOS, INCLUIDO UN PLAN DE BENEFICIOS BÁSICO O ESTÁNDAR SI UNA PEQUEÑA EMPRESA LO SOLICITA AL GRUPO PEQUEÑO, INDEPENDIENTEMENTE DEL ESTADO DE SALUD DE CUALQUIERA DE LOS INDIVIDUOS DEL GRUPO. LOS GRUPOS COMERCIALES DE UN EMPLEADO NO PUEDEN SER RECHAZADOS BAJO UN PLAN DE BENEFICIOS BÁSICO O ESTÁNDAR DURANTE LOS PERIODOS DE INSCRIPCIÓN ABIERTA, SEGÚN LO ESPECIFICA LA LEY.

ESTE FORMULARIO DE KAISER PERMANENTE SE PUEDE USAR PARA CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES RAZONES:

- Inscripción/inscripción abierta
- Cambios de información
- Cancelación de cobertura

Llame a Servicios a los Miembros al **303-338-3800** o al **1-800-632-9700** (TTY **303-338-3820**) si

- le gustaría cambiar su cobertura de grupo a cobertura individual o
- usted o alguno de sus dependientes califica para Medicare o
- necesita ayuda para llenar esta solicitud.

CÓMO LLENAR ESTE FORMULARIO

Conteste las secciones del formulario que se aplican a su caso. Si no proporciona información que necesitamos se retrasará su inscripción. Si no está seguro/a sobre la información solicitada, llame a Servicios a los Miembros al **303-338-3800** o al **1-800-632-9700** (TTY **303-338-3820**). Por favor escriba con bolígrafo de tinta negra y escriba fuerte sobre el papel para que se pase a las copias. Entregue el original blanco y la copia amarilla a su empleador después de llenarlo. El empleador enviará el original blanco a Kaiser Permanente, Membership Administration Department, P.O. Box 921010, Fort Worth, TX 76121-1010. Conserve la copia rosa como identificación temporal por si necesita atención médica antes de recibir su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.

PARA INSCRIPCIONES

- Empleador: Llene la sección del formulario titulada "Sección para el empleador". Empleado: Llene todas las secciones del formulario, menos la sección titulada "Sección para el empleador".
- Si desea inscribir a miembros actuales o anteriores de Kaiser Permanente, llene la sección B. Si estaban inscritos con otro nombre, proporcione ese nombre.

PARA CAMBIAR LA INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS*

- Si desea agregar un dependiente debido a adopción, proporcione la fecha en que el niño fue colocado en su hogar. Adjunte una copia de la carta de confirmación de la agencia de adopción.
- Si desea agregar un dependiente debido a matrimonio, proporcione la fecha de matrimonio.
- Si desea agregar un dependiente debido a que tiene custodia legal permanente, adjunte una copia de los documentos de custodia legal.
- Si desea quitar un dependiente debido a fallecimiento, proporcione la fecha de fallecimiento.
- Si desea cambiar su nombre, proporcione el nombre anterior y el actual.
- Indique si usted o alguno de sus dependientes califica para recibir Medicare.

SECCIÓN A - Información del empleado (llene todas las partes de esta sección si se está inscribiendo.)

- Necesitamos la dirección de su domicilio (no se aceptan apartados postales) para enviarle información importante, tal como su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente.
- Es opcional proporcionar su origen étnico e idioma. Esta información puede ayudar a Kaiser Permanente a proporcionar a nuestros miembros atención de acuerdo a sus necesidades. Es información confidencial.

SECCIÓN B - Información familiar (proporcione esta información si está inscribiendo o eliminando dependientes que califican).

- Proporcione la información solicitada para los dependientes que desea inscribir o quitar de la cobertura. Proporcione el nombre del proveedor de atención primaria (PCP) de cada miembro. Si solamente se inscribirá usted, no anote la información de sus dependientes en esta sección. Si inscribirá a más de dos hijos dependientes, marque la casilla indicada en el formulario y adjunte una hoja adicional. En esa hoja adicional proporcione la información solicitada en el formulario. (Nota: Los dependientes se deben agregar antes de transcurridos 31 días de la fecha en que califican para inscribirse.)
- El plan cubre a sus hijos solamente hasta determinada edad, a menos que el hijo esté discapacitado o sea estudiante de tiempo completo en una universidad o en una escuela técnica.
- Para cubrir a un hijo que sobrepasa la edad límite y es estudiante de tiempo completo, proporcione el nombre y marque "sí" es estudiante de tiempo completo. También proporcione el nombre de la escuela donde estudia.
- Si cree que alguno de sus hijos califica como dependiente discapacitado, proporcione el nombre y marque "sí" en discapacitado. En ese caso, recibirá instrucciones adicionales por correo.

SECCIÓN C - Lea las "Condiciones de inscripción" y firme y feche este formulario.

(continúa adentro)