

# Plan para grupo pequeño

## Formulario de inscripción/modificación para empleados 2023

### Cómo usar este formulario:

Puede usar este formulario para inscribirse en un plan de Sutter Health Plus. También puede usarlo para notificarnos sobre cambios relativos a los miembros actuales, como cambio de nombre, dirección, número de teléfono o subcuenta. Todos los cambios en sus cuentas, incluidas las fechas de entrada en vigencia y el estado de los familiares en relación de dependencia se realizarán según el acuerdo contractual entre el empleador/comprador y Sutter Health Plus.

**Este formulario no se puede utilizar para notificarnos sobre la cancelación de la póliza de un suscriptor.**

### Cómo enviar su solicitud:

Para que Sutter Health Plus pueda procesar su solicitud, debe rellenar, firmar y devolver este formulario. Si falta información, podría haber retrasos en el procesamiento.

**Los empleadores deben enviar el formulario completo por correo electrónico o fax a:**



**CORREO ELECTRÓNICO**

shpenrollmentmailbox@sutterhealth.org



**FAX**

1-916-736-5426

### Nota importante

La Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA, por sus siglas en inglés) exige que Sutter Health Plus recolecte los números de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) de todos los miembros inscritos. Sutter Health Plus debe enviar el formulario 1095-B al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) con copia para usted. El formulario 1095-B incluye información que usted deberá proporcionar en su declaración de impuestos, la cual indica que usted y los miembros de su familia incluidos en la póliza tuvieron una cobertura de salud adecuada (conocida como "cobertura esencial mínima") durante algunos o todos los meses del año. Sutter Health Plus no utilizará o compartirá su número de seguro social excepto cuando lo exija la ley.

**¡Asegúrese de incluir todos los números de seguro social donde se soliciten!**

Nombre e identificación (ID) del grupo

Fecha de entrada en vigencia

Nombre e identificación (ID) de la subcuenta

#### Inscripción – Por favor rellene todo el formulario.

##### Motivo de la solicitud:

Período anual de inscripción abierta

Nueva elegibilidad – Motivo .....

Nueva contratación

COBRA (Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación  
Presupuestaria) – Fecha de entrada en vigencia .....

Cal-COBRA\* – Fecha de entrada en vigencia .....

\* Los inscritos bajo Cal-COBRA recibirán un Formulario de inscripción y notificación de elección de Cal-COBRA por separado que deberán rellenar. Esta notificación incluye información importante acerca de las opciones de cobertura médica y las tarifas.

#### Modificación – Rellene la información requerida en las secciones B y C, si corresponde.

ID del miembro (para modificaciones) .....

Cambiar de plan\*\*

Agregar familiar en relación de dependencia\*\*

Agregar recién nacido /niño recientemente adoptado\*\*

Quitar familiar en relación de dependencia\*\*\* – Fecha de  
entrada en vigencia .....

Cambio de nombre

Cambio de domicilio

Subcuenta

De la subcuenta ID

A la subcuenta ID

**\*\*Fecha del evento calificador (si no es período de inscripciones abiertas)**

**\*\*\* Por favor rellene la sección C**

**Debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para usted y para cada uno de los miembros de su familia incluidos en la póliza. Por favor incluya el nombre y el número de ID de su PCP en las secciones B y C.**

## Sección A – Elección del plan de beneficios

### PLANES ESTÁNDAR

#### Sección A1 – Elección de plan estándar de HMO (Organización para el mantenimiento de la salud)

Platinum	Gold	Silver	Bronze
MS68 HMO MS80 HMO	SD02 HDHP HMO MS62 HMO MS77 HMO MS83 HMO	SD01 HDHP HMO MS84 HMO	SD48 HDHP HMO MS86 HMO

#### Beneficio opcional de cuidados de la vista para adultos

Si su empleador selecciona este beneficio, usted y sus familiares en relación de dependencia de 19 años o más quedarán inscritos automáticamente en el plan de beneficios opcional de cuidados de la vista para adultos. Sin embargo, si no desea recibir esta cobertura, marque la casilla de abajo.

Pido que no se nos inscriba, ni a mí ni a mis familiares en relación de dependencia, en el plan de beneficios opcional de cuidados para la vista en adultos (si mi empleador lo seleccionó). Entiendo que no podré obtener esta cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta o de inscripción especial.

*Nota: Los beneficios de cuidados pediátricos para la vista para dependientes de 19 años o menos (hasta el final del mes en el que el miembro cumple 19 años) están incluidos en todos los planes de beneficios de salud para grupo pequeño de Sutter Health Plus. Si desea más información sobre la cobertura, diríjase al documento "Evidencia de cobertura" (EOC, por sus siglas en inglés).*

## Sección B – Información del empleado

Apellido			Nombre			Inicial del segundo nombre		
Sexo			Fecha de nacimiento (obligatoria)			Número de seguro social (obligatorio)		
M F ND <sup>1</sup>								
Domicilio			Ciudad			Estado CÓDIGO POSTAL		
Teléfono del hogar			Teléfono móvil			Teléfono del trabajo		
						Dirección de correo electrónico		
Dirección postal (Se acepta casilla de correo)			Igual que el domicilio			Ciudad		
						Estado CÓDIGO POSTAL		
Nombre anterior (si corresponde)			Idioma principal					

**Información del PCP** – Debe seleccionar un médico de atención primaria (PCP) para usted y para cada uno de los miembros de su familia incluidos en la póliza. Si no selecciona un PCP, se le asignará uno. Si desea cambiar de PCP, llame al departamento de Servicios para Miembros al 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500) o hágalo desde el Portal para miembros. Para encontrar un PCP, visite [sutterhealthplus.org/providersearch](https://sutterhealthplus.org/providersearch).

Me gustaría elegir mi PCP.

Me gustaría que se me asignara un PCP.

Primer nombre del PCP

Apellido del PCP

N° de ID del proveedor

¿Paciente actual?

P

Sí

No

<sup>1</sup>Desconocido/Sin declarar/No binario

## Sección C – Información sobre familiares en relación de dependencia

### Sección C1 – Cónyuge/Pareja con la que vive

[Agregar a mi plan](#)[Quitar de mi plan](#)

Cónyuge Pareja con la que vive	Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Sexo	Fecha de nacimiento (obligatoria)	Número de seguro social (obligatorio)	Correo electrónico	
M F ND <sup>1</sup>				
Domicilio	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	
Dirección postal (Se acepta casilla de correo)	Igual que el domicilio	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL

Me gustaría elegir un PCP.	Me gustaría que se me asignara un PCP.
Primer nombre del PCP	Apellido del PCP
N° de ID del proveedor	¿Paciente actual?
P	Sí No

### Sección C2 – Familiar en relación de dependencia

[Agregar a mi plan](#)[Quitar de mi plan](#)

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre		
Sexo	Fecha de nacimiento (obligatoria)	Número de seguro social (obligatorio)	Correo electrónico	
M F ND <sup>1</sup>				
Domicilio	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL	
Dirección postal (Se acepta casilla de correo)	Igual que el domicilio	Ciudad	Estado	CÓDIGO POSTAL

Me gustaría elegir un PCP.	Me gustaría que se me asignara un PCP.
Primer nombre del PCP	Apellido del PCP
N° de ID del proveedor	¿Paciente actual?
P	Sí No

<sup>1</sup>Desconocido/Sin declarar/No binario

**Sección C – Información sobre familiares en relación de dependencia Cont.**

Sección C3 – Familiar en relación de dependencia

Agregar a mi plan

Quitar de mi plan

Apellido			Nombre			Inicial del segundo nombre		
Sexo M F ND <sup>1</sup>			Fecha de nacimiento (obligatoria)		Número de seguro social (obligatorio)		Correo electrónico	
Domicilio			Ciudad			Estado		CÓDIGO POSTAL
Dirección postal (Se acepta casilla de correo)			Igual que el domicilio		Ciudad		Estado CÓDIGO POSTAL	

Me gustaría elegir un PCP.		Me gustaría que se me asignara un PCP.	
Primer nombre del PCP		Apellido del PCP	
N° de ID del proveedor P		¿Paciente actual? Sí No	

Sección C4 – Familiar en relación de dependencia

Agregar a mi plan

Quitar de mi plan

Apellido			Nombre			Inicial del segundo nombre		
Sexo M F ND <sup>1</sup>			Fecha de nacimiento (obligatoria)		Número de seguro social (obligatorio)		Correo electrónico	
Domicilio			Ciudad			Estado		CÓDIGO POSTAL
Dirección postal (Se acepta casilla de correo)			Igual que el domicilio		Ciudad		Estado CÓDIGO POSTAL	

Me gustaría elegir un PCP.		Me gustaría que se me asignara un PCP.	
Primer nombre del PCP		Apellido del PCP	
N° de ID del proveedor P		¿Paciente actual? Sí No	

<sup>1</sup>Desconocido/Sin declarar/No binario

## Sección D – Otra información sobre la cobertura

¿Tendrán usted o alguno de sus familiares en relación de dependencia otro plan de cobertura médica (además de Sutter Health Plus) después de la fecha de entrada en vigencia de este plan?

Sí                      No

Si marca sí, Sutter Health Plus le enviará un formulario de “Coordinación de beneficios” para que lo rellene y devuelva.

## Sección E – Acuerdo

Usted tiene derecho a leer el Acuerdo colectivo y el documento *Evidencia de cobertura y formulario de divulgación* (EOC) antes de inscribirse en Sutter Health Plus. Para ayudarlo a tomar una decisión informada, ponemos a su disposición el documento *Resumen de beneficios y cobertura* (SBC, por sus siglas en inglés). El SBC resume información importante sobre nuestras opciones de cobertura médica en un formato estandarizado para que usted pueda comparar los beneficios y la cobertura que le ofrece Sutter Health Plus con los de otros proveedores. Para obtener una copia, comuníquese con su empleador o llame al departamento de Servicios para Miembros de Sutter Health Plus al 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500). Este formulario de inscripción es parte del Acuerdo colectivo y del documento EOC. Al rellenar y firmar este formulario de inscripción, usted está aceptando los términos, las condiciones y las disposiciones del Acuerdo colectivo y el documento EOC.

### Arbitraje vinculante

Sutter Health Plus maneja y resuelve las disputas de los miembros a través de procesos de presentación de reclamaciones, apelaciones y revisiones médicas independientes. Sin embargo, en caso de que una disputa no se resuelva mediante estos procesos, Sutter Health Plus utiliza un arbitraje vinculante como método final para resolver cualquier disputa.

Como requisito para ser miembro de Sutter Health Plus, usted acepta que todas y cada una de las disputas entre usted (así como sus herederos o cesionarios) y Sutter Health Plus, incluidas las demandas por mala praxis médica (es decir, si algún servicio médico brindado en virtud de este plan de salud no era necesario, no estaba autorizado o se realizó de manera incorrecta, negligente o incompetente), serán determinadas por arbitraje vinculante, excepto los casos ante el Tribunal de Reclamos Menores y las demandas sujetas a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés). Ninguna de estas disputas se resolverá mediante una demanda/litigio o proceso judicial, excepto cuando la ley de California establezca una revisión judicial de los procedimientos del arbitraje. Usted y Sutter Health Plus, incluido cualquier heredero o cesionario de este Acuerdo, renuncian al derecho constitucional de que dicha disputa se decida en un tribunal de justicia ante un jurado y aceptan, en cambio, el uso del arbitraje vinculante.

Por el presente renuncio a mi/nuestro derecho a un juicio por jurado y acepto el uso del arbitraje vinculante. Entiendo que la disposición completa sobre el arbitraje figura en el Acuerdo Colectivo y el documento EOC.

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Notificación sobre asistencia de idiomas

IMPORTANT: Can you read this? If not, Sutter Health Plus can have somebody help you read it. You may also be able to get this written in your language. For no-cost help, please call Sutter Health Plus Member Services at 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500). (English)

IMPORTANTE: ¿Puede leer esto? Si no puede, Sutter Health Plus puede proporcionarle alguien que le ayude a leerlo. También puede obtenerlo por escrito en su idioma. Llame a Sutter Health Plus Member Services al 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500), sin costo alguno. (Spanish)

重要提示：您能讀懂這份文件嗎？如果不能，Sutter Health Plus 可以找人幫助您讀它。您還可能得到用您的語言書寫的這份文件。若需要免費幫助，請致電Sutter Health Plus會員服務，電話號碼1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500)。(Chinese)

ملحوظة مهمة: هل أنت قادر على قراءة هذا؟ إذا لم تكن قادرًا فاعلم أن صتر هيلث بلاس (Sutter Health Plus) قد يكون لديهم شخصًا يمكنه مساعدتك في قراءة هذا النص. كما يمكنك أيضًا أن تتلقاه مكتوبًا بلغتك. للحصول على مساعدة مجانية، برجاء الاتصال بخدمات أعضاء صتر هيلث بلاس (Sutter Health Plus Member Services) على هاتف ٠٠٨٥-٥١٣-٥٥٨-١ هاتف النص المرئي (TTY) 1-855-830-3500. (Arabic)

ԿԱՐԵՎՈՐ ՏԵՂԵԿԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆ. Կարո՞ղ եք կարդալ սա: Եթե ոչ, Sutter Health Plus-ը կարող է տրամադրել մեկին, ով կօգնի Ձեզ կարդալ այն: Դուք կարող եք նաև ստանալ այն գրված Ձեր լեզվով: Անվճար օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել Sutter Health Plus-ի Անդամների սպասարկման բաժին 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500) հեռախոսահամարով: (Armenian)

សារ:សំខាន់៖ តើអ្នកអាចអានសច្ចកុដីនេះឬទេ? ប្រសិនបើអ្នកអាចទេ Sutter Health Plus អាចមាននរណាម្នាក់ជួយអានវាជូនអ្នក ។ អ្នកក៏អាចនឹងឲ្យមានសច្ចកុដីនេះសរសេរជាភាសាបស់អ្នកផងដែរ។ សំរាប់ជំនួយជាយថាអស់ថ្នល់សូមទូរស័ព្ទទៅ ជូនកែសរសេរជាភាសា Sutter Health Plus តាមលេខ 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500)។ (Cambodian)

نکته مهم: آیا می توانید این مطالب را بخوانید و بفهمید؟ اگر نمی توانید، Sutter Health Plus می تواند از فردی کمک بگیرد تا آنرا برایتان بخواند. همچنین امکان ترجمه این مطالب به زبان فارسی وجود دارد. برای دریافت خدمات و کمک رایگان، لطفاً با دفتر خدمات اعضای Sutter Health Plus با شماره تلفن 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500) تماس بگیرید. (Farsi)

महत्वपूर्ण: क्या आप इसे पढ़ सकते/सकती हैं? यदि नहीं, तो सटर हेल्थ प्लस इसे पढ़ने में किसी से आपकी सहायता करवा सकता है। आप इसे अपनी भाषा में भी लिखवाने में समर्थ हो सकते/सकती हैं। निःशुल्क सहायता के लिए, कृपया 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500) पर सटर हेल्थ प्लस मेंबर सर्विसेस को कॉल करें। (Hindi)

LUS TSEEM CEEB: Koj nyeem puas tau tsab ntawv no? Yog koj nyeem tsis tau, Sutter Health Plus muaj neeg pab nyeem rau koj. Tsis tas li ntawd xwb, peb tuaj yeem muab sau ua hom lus koj nyeem tau rau koj tib si. Yog koj xav tau kev pab pub dawb, thov hu rau Sutter Health Plus Lub Chaw Pab Cuam Tswv Cuab ntawm tus xov tooj 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500). (Hmong)

重要なお知らせ：これを読むことができます？読めない場合は、Sutter Health Plus が読むのをお手伝いします。あなたの言語で表示できるかもしれません。無料のご相談は、Sutter Health Plus Member Services、電話: 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500) まで。(Japanese)

중요: 귀하는 이것을 읽으실 수 있습니까? 만약 읽으실 수 없다면, Sutter Health Plus 에서 다른 사람에게 부탁하여 그것을 읽으실 수 있도록 도와드릴 수 있습니다. 또한 이것을 귀하의 사용 언어로 작성해 받으실 수도 있습니다. Sutter Health Plus 회원 서비스 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500)에 전화를 하시어 무상으로 도움을 받으십시오. (Korean)

ໝາຍເຫດ: ທ່ານອ່ານໄດ້ຈົດໝາຍສະບັບນີ້ບໍ່? ຖ້າອ່ານອ່ານບໍ່ໄດ້, ທາງ Sutter Health Plus ມີພະນັກງານຊ່ວຍອ່ານໃຫ້ທ່ານ. ນອກຈາກນັ້ນ, ພວກເຮົາຍັງສາມາດຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານໃຫ້ອ່ານອີກດ້ວຍ. ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າບໍລິການ, ກະລຸນາຕິດຕໍ່ ໜ່ວຍບໍລິການ ຂອງ Sutter Health Plus ທີ່ໝາຍເລກໂທລະສັບ 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500). (Laotian)

ਅਹਮਿ: ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇ ਨਹੀਂ ਤਾਂ, Sutter Health Plus (ਸੱਟਰ ਹੈਲਥ ਪਲਸ) ਕਸਿ ਤੋਂ ਇਹ ਪੜ੍ਹਨ ਵੱਲੋਂ ਤੁਹਾਡੀ ਮੱਦਦ ਕਰਵਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵੱਲੋਂ ਵੀ ਲਿਖਵਾ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮੁਫਤ ਮੱਦਦ ਲਈ ਕਰਿਪਾ ਕਰ ਕੇ Sutter Health Plus Member Services ਨੂੰ 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500) ਉੱਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

ВАЖНО: Вы можете это прочитать? Если нет, Sutter Health Plus может предоставить Вам кого-то, кто сможет помочь Вам прочитать это. Вы также можете получить это в письменной форме на своем языке. Для бесплатной помощи позвоните в Службу поддержки членов Sutter Health Plus по телефону 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500). (Russian)

MAHALAGA: Nababasa mo ba ito? Kung hindi, maaari kang bigyan ng Sutter Health Plus ng taong babasa para sa iyo. Maaari mo ding hilingin na isulat ito sa iyong wika. Para sa walang-gastos na tulong, mangyaring tumawag sa Sutter Health Plus Member Services sa. 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500). (Tagalog)

สำคัญ: คุณอ่านออกหรือไม่ ถ้าอ่านไม่ออก Sutter Health Plus สามารถให้คนมาช่วยคุณอ่านได้ นอกจากนี้ คุณยังสามารถขอรับเนื้อหานี้เป็นภาษาของคุณได้อีกด้วย หากต้องการความช่วยเหลือโดยไม่มีค่าใช้จ่าย กรุณาโทรหา Sutter Health Plus Member Services ที่ 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500) (Thai)

QUAN TRỌNG: Qu. vị có thể đọc thông tin này không? Nếu không, Sutter Health Plus có thể yêu cầu ai đó đọc giúp cho qu. vị. Qu. vị cũng có thể nhận được thông tin này dưới dạng văn bản bằng ngôn ngữ của qu. vị. Để được hỗ trợ miễn phí, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Thành Viên của Sutter Health Plus theo số 1-855-315-5800 (TTY 1-855-830-3500). (Vietnamese)