

Formulario de inscripción/cambio de estado/renuncia de Choice, Connect o HSA Connect para 2022

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 800-878-4445, ProvidenceHealthPlan.com.

Complete toda la información de este formulario. Se requiere esta información para procesar su inscripción.



_____ NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR _____ NÚMERO DE GRUPO _____/_____/_____
 FECHA DE CONTRATACIÓN _____/_____/_____
 FECHA DE VIGENCIA SOLICITADA
 _____ CLASE/SUBGRUPO Inscripción nueva Inscripción abierta Renuncia de cobertura
 (vea la sección 4)
 _____ NÚMERO DE ID DEL SUSCRITO Cambio en el estado actual: _____ MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO* _____ INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD
 _____/_____/_____
 FECHA DE INICIO DE LA CONTINUIDAD DE COBRA/ESTATAL _____/_____/_____
 FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA CONTINUIDAD DE COBRA/ESTATAL _____/_____/_____
 FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO
 Cuenta de ahorros médicos integrada con HealthEquity®: He leído y acepto el formulario de autorización de HSA.

Como miembro de Choice deberá elegir un hogar médico. El formulario de selección de hogar médico se encuentra en la página 3.

DEDUCIBLE/COPAGO

1. Información del empleado

ESTADO CIVIL: Casado/a Soltero/a _____ PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ IN. 2.º NOM. _____/_____/_____
 FECHA DE NACIMIENTO _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
 GÉNERO: Hombre Mujer No binario/Otro ("U") _____ TELÉFONO _____ CORREO ELECTRÓNICO

_____ DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL

2a. Información para inscripción de dependientes dentro del área (Si renuncia, ver la pregunta 4).

AGREGAR	ELIMINAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
								M / F / U
								M / F / U
								M / F / U

2b. Información para inscripción de dependientes fuera del área (Si renuncia, vea la pregunta 4).

AGREGAR	ELIMINAR	PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.º NOM.	RELACIÓN	N.º DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	M / F / U
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:	M / F / U

*Los motivos incluyen: recontractación de empleado elegible, matrimonio, divorcio, muerte, adopción, cambio de dependiente (agregar o eliminar), cambio de nombre o dirección, pérdida involuntaria de otra cobertura, continuidad de la cobertura COBRA o estatal.

3. Información de cobertura adicional o acreditable (Esta sección no es una renuncia de cobertura. Se requiere para el pago de los reclamos).

¿Usted o algún familiar tienen un seguro de salud grupal adicional o Medicare? Sí No

Si la respuesta es SÍ, marque el tipo de cobertura: Médica Medicamentos recetados Visión _____
 NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA

_____/_____/_____
 F. DE NAC. DEL
 TITULAR DE LA PÓLIZA

 COMPAÑÍA ASEGURADORA

 NÚMERO DE PÓLIZA

_____/_____/_____
 FECHA DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA

 TELÉFONO DE LA ASEGURADORA

 NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LA(S) PERSONA(S) CUBIERTA(S)

¿Tuvo anteriormente una cobertura de salud de Providence Health Plan? Sí No Si la respuesta es SÍ, indique el número de ID de miembro anterior: _____

4. Información de renuncia de cobertura (Incluya los nombres de todos los miembros elegibles que NO se inscribirán en Providence Health Plan).

PERSONAS QUE RENUNCIAN A LA COBERTURA	TIPO DE COBERTURA (INDIVIDUAL/GRUPO DEL EMPLEADOR/MEDICARE)	NOMBRE DEL PLAN DE SALUD	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DE GRUPO DEL EMPLEADOR

Aviso: Si está rechazando la inscripción para usted o sus dependientes (incluso su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, en el futuro podrá inscribirse usted o a sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después de que finalice su otra cobertura. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, tal vez pueda inscribirse usted y a sus dependientes, siempre y cuando solicite la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Comunicaciones: Al firmar este formulario, autorizo a Providence Health Plan y a sus afiliados y proveedores a informarme sobre el plan de salud por mensaje de texto o correo electrónico, utilizando mi información de contacto asociada que proporciono en este formulario. Comprendo que estas comunicaciones no incluirán marketing, publicidad ni material promocional y que puedo rescindir esta autorización en cualquier momento presentando mi solicitud a Providence Health Plan.

No deseo recibir correos electrónicos ni mensajes de texto de Providence Health Plan.

Veracidad de la Información de Inscripción: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, presente esta solicitud con información sustancialmente falsa o que oculte información importante, puede estar sujeta a sanciones penales o civiles y Providence Health Plan puede cancelar la membresía de dicha persona y negarse a pagar sus reclamos.

Autorización de deducción de nómina: Autorizo a mi empleador a deducir de mi paga los aportes correspondientes para la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. Esta autorización aplica a dicha cobertura hasta que la rescinda por escrito. (No aplica a la continuidad COBRA/estatal ni a la renuncia de cobertura).

Reconocimiento del suscrito: Reconozco y comprendo que Providence Health Plan puede solicitar o revelar información médica, salvo notas de psicoterapia, acerca de mí y de mis dependientes (personas indicadas en este formulario de inscripción para los beneficios de la cobertura) con el fin de: (a) realizar las operaciones comerciales del plan de salud de Providence

Health Plan; (b) facilitar el tratamiento de atención médica; (c) hacer o facilitar pagos por servicios de atención médica; o (d) según lo exija la ley. El uso o la divulgación de las notas de psicoterapia de Providence Health Plan se limita a las circunstancias en que el paciente haya proporcionado una autorización firmada.

Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, incluso los usos y las divulgaciones que la ley exija, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Se puede obtener una copia en ProvidenceHealthPlan.com o llamando al servicio de atención al cliente.

 FIRMA

_____/_____/_____
 FECHA

Cuestionario de raza/etnia

Las siguientes preguntas nos ayudarán a atender mejor a todas las comunidades. Estas preguntas son opcionales. ¿Cuáles de las siguientes opciones describen su identidad racial o étnica? Marque todas las opciones que correspondan.

NOMBRE DEL MIEMBRO: _____

Asiática

- India asiática
- Camboyana
- China
- Comunidades de Myanmar
- Filipina
- Hmong
- Japonesa
- Coreana
- Laosiana
- Asiática del Sur
- Vietnamita
- Otra asiática

Indígena americana o nativa de Alaska

- Indígena americana
- Nativa de Alaska
- Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- Indígena mexicana, centroamericana o sudamericana

Hispana o latina

- Hispana o latina centroamericana
- Hispana o latina mexicana
- Hispana o latina sudamericana
- Otra hispana o latina

Nativa de Hawái o isleña del Pacífico

- Guameña o chamorra
- Marshalesa
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativa de Hawái
- Samoana
- Tongana
- Otra isleña del Pacífico

Blanca

- Caucásica/blanca (sin afiliación nacional)
- Europea del este
- Europea del oeste
- Otra blanca (ascendencia africana, australiana, neozelandesa)
- Eslava

Negra o afroamericana

- Afroamericana
- Afrocaribeña
- Etíope
- Somalí
- Otra africana (negra)
- Afro-Latina/Birracial/Otra
- Otra negra

Medio Oriente o Norte de África

- Del Medio Oriente
- Del Norte de África

Otra

- Otra
- No sé
- No quiero responder

Si marcó más de una categoría, ¿hay alguna que considere que es su identidad racial o étnica principal?

Sí (especifique): _____

No: No tengo solo una identidad racial o étnica principal.

N/C: Solo marqué una categoría de las anteriores. **N/C:** No quiero responder.

No: Me identifico como birracial o multirracial.

N/C: No lo sé.

¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

- | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Cantonés | <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Árabe |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Tagalog | <input type="checkbox"/> No contesta/desconocido |
| <input type="checkbox"/> Chino - Otro | <input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Mandarín | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Coreano | |

PHP RACE LANG 2022

PHP-040A LG ENROLL (09/21)

8/2022

Formulario de selección del hogar médico de Providence

NOTA: Si usted es miembro de PEBB de Providence Choice, use el formulario de selección del hogar médico específico para PEBB.

Acerca de este formulario

Algunos planes de salud utilizan un equipo de profesionales de atención médica dirigido por un proveedor de atención primaria en una clínica designada, que se denomina "hogar médico", para proporcionar y coordinar la atención.

Para aprovechar los beneficios y el valor del plan de su hogar médico, designe a un proveedor de hogar médico para usted y cada dependiente inscrito. Puede elegir el mismo hogar médico o uno diferente para usted y sus dependientes inscritos. **En caso de no elegir un hogar médico, se le elegirá uno para usted.**

La selección de hogares médicos se puede hacer a través de myProvidence.org*, llamando al servicio de atención al cliente al **503-574-7500** o al **800-878-4445 (TTY: 711)**, o completando las secciones a continuación y enviando este formulario por fax al **503-574-8208** o por correo postal:

Providence Health Plan
P.O. Box 4327
Portland, OR 97208

1. Información del suscrito

PRIMER NOMBRE _____ IN. 2.º NOM. _____ APELLIDO _____

NÚMERO DE ID DEL MIEMBRO _____ NÚMERO DE GRUPO _____ TELÉFONO _____ HOGAR MÉDICO _____

2. Información de los dependientes y selección de hogar médico

A continuación indique la información del miembro y el hogar médico seleccionado. Consulte el directorio de proveedores que se encuentra disponible en ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory por opciones de hogares médicos. Si necesita más espacio, use una página aparte.

PRIMER NOMBRE _____ APELLIDO _____ IN. 2.O NOM. _____ N.º DE ID DEL MIEMBRO _____ HOGAR MÉDICO _____

PRIMER NOMBRE	APELLIDO	IN. 2.O NOM.	N.º DE ID DEL MIEMBRO	HOGAR MÉDICO

Información de contacto

Para obtener más información sobre los beneficios de su plan o información sobre un hogar médico específico, comuníquese con el servicio de atención al cliente al 503-574-7500 o al 800-878-4445, o a ProvidenceHealthPlan.com/contactus

*Después de la inscripción y al crear una cuenta gratuita de myProvidence