

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

_____/_____/_____
INICIO DEL PERÍODO DE ESPERA DE ELEGIBILIDAD

Inscripción nueva Inscripción abierta Renuncia de cobertura (consulte la sección 4) _____
NÚMERO DE ID DEL SUSCRITO

Cambio en el estado actual: _____
MOTIVO DEL CAMBIO DE ESTADO* _____
FECHA DEL EVENTO DE CAMBIO DE ESTADO _____

*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.

CONTINUIDAD DE LA COBERTURA COBRA/ESTATAL: _____
FECHA DE INICIO _____
FECHA DE FINALIZACIÓN _____

PLAN ELEGIDO PARA LA INSCRIPCIÓN:

Choice Connect

Deberá elegir un hogar médico. El formulario de selección de hogar médico se encuentra en la página 4.

DEDUCIBLE DEL PLAN

1. Información del empleado

PRIMER NOMBRE

APELLIDO

_____/_____/_____
IN. 2.º NOM. FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO

ESTADO CIVIL: Casado Soltero GÉNERO: Masculino Femenino No binario/otro ("U")

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

2a. Información para inscripción de dependientes dentro 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F / U
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F / U
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F / U
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M / F / U
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F / U
		DIRECCIÓN:		CIUDAD:		ESTADO:	C. P.:	M / F / U

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

NÚMERO DE 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

NOMBRE O NÚMERO DE GRUPO

Asiático

- Indio asiático
- Camboyano
- Chino
- Comunidades de Myanmar
- Filipino
- Hmong
- Japonés
- Coreano
- Laosiano
- Asiático del Sur
- Vietnamita
- Otro asiático

Indígena americano o nativo de Alaska

- Indígena americano
- Nativo de Alaska
- Inuit canadiense, métis o de las Naciones Originarias
- Indígena mexicano, centroamericano, o sudamericano

Hispano o latino

- Hispano o latino centroamericano
- Hispano o latino mexicano
- Hispano o latino sudamericano
- Otro hispano o latino

Nativo de Hawái o isleño del Pacífico

- Guameño o chamorro
- Marshalés
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo de Hawái
- Samoano
- Tongano
- Otro isleño del Pacífico

Blanco

- Caucásico/blanco (sin afiliación nacional)
- Europeo del este
- Europeo del oeste
- Otro blanco (ascendencia africana, australiana, neozelandesa)
- Eslavo

Negro o afroamericano

- Afroamericano
- Afrocaribeño
- Etíope
- Somalí
- Otro africano (negro)
- Afro-Latino/Birracial/Otro
- Otro negro

Oriente medio o Norte de África

- Del Medio Oriente
- Del Norte de África

Otro

- Otro
- 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.
- No:** Me identifico como birracial o multirracial.
- N/C:** Solo marqué una categoría de las anteriores.
- N/C:** No lo sé.
- N/C:** No quiero responder.

¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

- Inglés
- Español
- Chino - Otro
- Mandarín
- Cantonés
- Vietnamita
- Ruso
- Alemán
- Francés
- Tagalog
- Japonés
- Coreano
- Árabe
- Rechazado/desconocido
- Otro

Formulario de selección del hogar médico de Providence

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 del 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 para obtener información sobre las 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

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