

Formulario de Inscripción, Cambio del Estado Actual o de Renuncia a la Obertura



PO Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 1-800-878-4445, www.providence.org/healthplans

Sírvase completar toda la información en este formulario. La información que nos entregue, incluso su correo electrónico, será utilizada únicamente para propósitos de comunicación de negocios por Providence Health Plan

Información de grupo

Nombre de grupo del empleador _____ N° de grupo _____ Fecha en que comenzó a trabajar _____

Fecha en vigor solicitada _____ Clase o subgrupo _____

Inscripción nueva Inscripción abierta Renuncia a la cobertura (véase a sección 4)

Cambio del estado actual Razón por el cambio de estado actual* _____ Fecha de la circunstancia _____

N° de identificación del suscriptor _____ COBRA o continuación estatal: Fecha de inicio _____ Fecha de finalización _____

Plan en el que se inscribirá: Open Option Personal Option HSA-Qualified Traditional Option

Sección 1 - Información del empleado

Hombre Mujer Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____ Casado Soltero

Primer nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de domicilio (si es diferente de la anterior) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

N° de teléfono diurno () _____ N° de teléfono nocturno () _____ Correo electrónico _____

Sección 2 - Información de inscripción de dependientes (si renuncian a la cobertura, véase a sección 4)

Añadir	Retirar	Primer nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Parentesco con el empleado	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Sexo

*Razones de inscripción incluyen: volver a contratar al empleado, matrimonio, divorcio, muerte, adopción, cambio de dependiente (añadir o retirar), cambio de dirección o nombre, pérdida involuntaria de otra cobertura, COBRA o continuación de cobertura estatal: (Dependientes de los suscriptores de Personal Option que se mudan del área de servicio o regresan a ésta, deben usar el Formulario de inscripción de dependientes fuera del área. Comuníquese con el personal de servicio del cliente al número arriba indicado para obtener un formulario.)

Sección 3 - Información de cobertura adicional (Esta sección no es una renuncia a la cobertura. Se requiere esta información para el pago de los reclamos.)

¿Tiene usted o algún miembro de su familia seguro médico de grupo o Medicare adicional? SÍ NO

Si responde que sí, marque el tipo de cobertura, luego, complete la información a continuación: Médica Medicamentos con receta Visión

Nombre del asegurado por la póliza _____ Fecha de nacimiento del asegurado por la póliza _____

Corredor de seguro _____ Número de póliza _____ Fecha en vigor de la póliza _____

Nº de teléfono del corredor de seguro _____ Nombres completos de las personas cubiertas _____

¿Afecta un divorcio o una orden del tribunal el seguro de alguno de los dependientes mencionados? SÍ NO

Si responde que sí, incluya la parte del decreto que muestra la responsabilidad por los gastos médicos.

¿Ha tenido cobertura del plan de salud de Providence (Providence Health Plan) anteriormente? SÍ NO

Si responde que sí, indique el número de identificación de miembro previo _____

Si está presentando la solicitud para cobertura en un plazo de 63 días desde la cancelación de la cobertura previa, puede que reúna los requisitos para obtener crédito hacia cualquier período de limitación o exclusión por una afección preexistente bajo nuestro plan.

¿Tiene usted o algún miembro de la familia incluido en esta solicitud un Certificado de cobertura fiable (Certificate of Creditable Coverage)? SÍ NO

Si responde que sí, complete la información de "Otra cobertura de seguro" citada anteriormente y adjunte una copia de su Certificado de cobertura fiable (Certificate of Creditable Coverage) con esta solicitud

Sección 4 - Renuncia a la cobertura (Incluya los nombres de todos los miembros que reúnen los requisitos para participar que NO se inscribirán en Providence Health Plan)

Personas que renuncian a la cobertura	Tipo de cobertura (individual, grupo de empleado o Medicare)	Nombre del plan de salud	Número de póliza	Nombre de grupo del empleador

Aviso: Si está rechazando la cobertura para usted o para las personas a su cargo (incluso su cónyuge) debido a que tiene otra cobertura médica, en el futuro podría inscribirse usted y las personas a su cargo en este plan, siempre y cuando presente la solicitud en un plazo de 30 días después de que termine su cobertura. Además, si tiene una persona nueva a su cargo debido a un reciente matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y las personas a su cargo, siempre y cuando presente la solicitud en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Exactitud de la información de inscripción: Cualquier persona que con intención de defraudar, presente esta solicitud con información falsa o que oculte información material podría estar sujeta a sanciones criminales y civiles y Providence Health Plan (PHP) podría cancelar la membresía de dicha persona y rehusar pagar sus reclamos.

Reconocimiento del suscriptor: Reconozco y entiendo que PHP podría solicitar o divulgar información de salud, a parte de notas de psicoterapia sobre mí o mis dependientes (personas que están nombradas para cobertura de beneficios en el formulario de inscripción) con el fin de: (a) realizar las gestiones de negocios del plan de salud de PHP; (b) facilitar el tratamiento de salud mental; (c) emitir o facilitar el pago para los servicios de atención médica o (d) como lo requiera la ley. El uso o divulgación de notas de psicoterapia por parte de PHP está restringido a las circunstancias en las cuales el paciente ha presentado una autorización firmada. Para obtener más información acerca de dichos usos y divulgaciones, incluso los usos y divulgaciones que requiere la ley, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Puede encontrar esta información disponible en el sitio web: www.providence.org/healthplans o comuníquese con el departamento de Servicio al cliente.

Autorización de deducción de la nómina de pago: Yo autorizo a la empresa donde trabajo a deducir las contribuciones requeridas de mi pago para la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. Esta autorización se aplica a dicha cobertura hasta que yo la anule por escrito. (No se aplica a COBRA, continuación de cobertura del estado o renuncia de cobertura)

Firma _____ **Fecha** _____