



**2025**

**Обзор  
индивидуального  
и семейного плана**

**Washington**



# Здоровье для всех

Более 160 лет наша некоммерческая медицинская организация устанавливает стандарты в сфере здоровья и благополучия для всего общества. Наша цель — не только лечить болезни, но и инвестировать в здоровье. Это означает, что мы осуществляем медицинское вмешательство на ранних стадиях, улучшаем результаты и укрепляем здоровье всего общества.

Интегрированность системы позволяет нам использовать преимущества знаменитой сети клиник, больниц и врачей Providence и дополнить их гибкостью, доступностью и высоким качеством льгот и обслуживания Providence Health Plan для предоставления персонализированных услуг.

- 04** Что нужно знать, когда вы выбираете страховое покрытие
- 06** Основная информация о льготах
- 07** Виды медицинской помощи
- 08** Пакет услуг по охране психического здоровья
- 10** Дополнительные льготы для участников
- 11** Как выбрать план?
- 12** Поиск врача
- 13** Медицинский дом
- 15** Планы Columbia

# Что нужно знать, когда вы выбираете страховое покрытие

В этом буклете представлен обзор наших индивидуальных и семейных планов, которые подлежат пересмотру каждый год. Для получения дополнительной информации о льготах плана, требованиях к регистрации, ограничениях и исключениях см. договор плана или обратитесь в наш отдел продаж либо к своему страховому агенту. Чтобы ознакомиться с Кратким обзором льгот и страхового покрытия (Summary of Benefits and Coverage, SBC), зайдите на сайт [ProvidenceHealthPlan.com/SBC](https://ProvidenceHealthPlan.com/SBC).



## Когда подавать заявление

Если подать заявление напрямую через Providence Health Plan во время Открытого периода регистрации с 1 ноября 2024 года по 15 декабря 2024 года, Датой начала действия покрытия будет 1 января 2025 года. Если подать заявление с 16 декабря 2024 года по 15 января 2025 года, Датой начала действия покрытия будет 1 февраля 2025 года. После окончания Открытого периода регистрации у вас должно наступить определенное жизненное событие для того, чтобы зарегистрироваться в течение Специального периода регистрации. Вы можете подать заявление и получить медицинское страховое покрытие во время Специального периода регистрации, если вы вынужденно лишились минимально необходимого страхового покрытия, за исключением случаев неуплаты страховых взносов, или если у вас произошли определенные жизненные события, такие как вступление в брак или усыновление/удочерение. Дополнительную информацию и список определенных жизненных событий см. на сайте [ProvidenceHealthPlan.com/QE](https://ProvidenceHealthPlan.com/QE).



## Даты начала действия в связи с определенным жизненным событием

В течение Специального периода регистрации Дата начала действия покрытия определяется Определенным жизненным событием, а также получением Providence Health Plan первоначального страхового взноса. Если определенным жизненным событием является рождение, усыновление/удочерение, передача на усыновление/удочерение или забота о ребенке в приемной семье либо приказ суда, то страховое покрытие начнет действовать с даты такого события. Если вы хотите определить дату начала действия, для получения дальнейших указаний позвоните в отдел по учету участия по номеру **888-816-1300 (телетайп: 711)**. Все остальные Определенные жизненные события начинают действовать в первый день месяца после получения Providence Health Plan вашего заполненного заявления.



## Право на приобретение плана

Чтобы приобрести один из наших планов, вы должны проживать в зоне обслуживания и быть жителем штата Washington. Medicare не дублирует Providence в индивидуальных и семейных планах. Лица, имеющие право на участие в Medicare Часть А и/или зарегистрированные в Medicare Часть В, не имеют права на регистрацию в индивидуальном и семейном плане Providence Health Plan.



## Даты подачи заявления и выплаты страхового взноса

Чтобы подать заявление напрямую через Providence Health Plan, зайдите на сайт [ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://ProvidenceHealthPlan.com/Shop) и воспользуйтесь нашим инструментом онлайн-покупок и регистрации. Во время подачи онлайн-заявления вам будет предложено внести первоначальный страховой взнос.



## Информация об оплате ежемесячных страховых взносов

После регистрации ежемесячный платеж страхового взноса должен производиться первого числа месяца. Providence Health Plan рекомендует вам посетить сайт [Providence.org/PremiumPay](https://Providence.org/PremiumPay), чтобы настроить автоплатеж через систему электронных платежей Providence Health Plan.

**Примечание.** Providence Health Plan не принимает платежи по страховым взносам работодателей или третьих лиц, за исключением случаев, разрешенных региональным или федеральным законодательством.



## Основные термины медицинского страхования

В нашем онлайн-гlossарии [ProvidenceHealthPlan.com/Glossary](https://ProvidenceHealthPlan.com/Glossary) вы найдете объяснения и определения терминов медицинского страхования.



## Уведомление о порядке использования личной информации

Посетите сайт [ProvidenceHealthPlan.com](https://ProvidenceHealthPlan.com), чтобы узнать больше о том, как Providence Health Plan использует личную информацию. Вы можете получить копию нашего уведомления о порядке использования личной информации Providence Health Plan, посетив сайт [ProvidenceHealthPlan.com/NOPP](https://ProvidenceHealthPlan.com/NOPP) или позвонив в службу поддержки по номеру **800-878-4445 (телетайп: 711)**.

# Основная информация о льготах



## Направления не требуются

В планах Сеть Providence Choice нет требования получения направления к сетевым специалистам, что облегчает доступ к необходимому лечению.



## Полностью покрываемые льготы

Посещения клиник Providence ExpressCare и виртуальные приемы покрываются полностью. Запишитесь на личный прием в тот же день или свяжитесь с врачом в течение нескольких минут с помощью планшета, смартфона или компьютера.



## Покрытие альтернативных видов лечения

Все планы предусматривают мануальную терапию (10 сеансов в календарный год), акупунктуру (12 сеансов в календарный год), лечебный массаж (10 сеансов в календарный год), а также альтернативные виды лечения. Вы можете посещать натуропата или других поставщиков альтернативного лечения для получения покрываемых льгот, включая периодические осмотры и уход за новорожденным. Эти услуги покрываются по той же ставке, что и услуги поставщика первичной медицинской помощи при условии, что поставщик альтернативных видов лечения имеет лицензию на оказание таких услуг.



## Портал для безопасного доступа участников

Портал myProvidence обеспечивает доступ по требованию к персонализированной информации о медицинском плане с помощью планшета, смартфона или компьютера. Здесь же участники могут получить доступ к инструментам и ресурсам для контроля и максимально выгодного использования страхового покрытия и льгот.

### В myProvidence.com участники могут:

- Просматривать информацию об обращениях и объяснения льгот (explanation of benefits, EOBs)
- Отслеживать прогресс в достижении франшизы и максимума собственных средств
- Искать в каталоге сетевых поставщиков услуг
- Распечатать новую идентификационную карту



## Экономия на стоимости лекарственных препаратов

Ищите возможности сэкономить? В некоторых планах при заказе 90-дневного запаса рецептурных лекарств по почте стоимость будет такой же, как и при заказе 60-дневного запаса. Применимо только к уровням 1-4.

# Виды медицинской помощи

**Имея на выбор несколько вариантов, вы можете получить необходимую помощь: на дому или лично, в любое время и в любом месте.**



## Первичная медицинская помощь

Запишитесь на прием к поставщику первичной медицинской помощи (Primary Care Provider, PCP), чтобы познакомиться с ним и завести индивидуальную медицинскую карту. Если вам нужен поставщик первичной медицинской помощи, войдите в систему на сайте [myProvidence.com](https://myprovidence.com) и нажмите кнопку Find a Provider («Найти поставщика медицинских услуг»). Затем выберите Primary Care Providers («Поставщики первичной медицинской помощи»).



## Телемедицина (телефонный или видеоприем)\*

Назначьте прием по телефону, чтобы поговорить с вашим врачом, где бы вы ни находились. Запланируйте посещение своего PCP или специалиста через платформу для видеоконференций, например Zoom.



## Круглосуточная линия для консультаций с медсестрой (ProvRN)

Поговорите с дипломированной медсестрой в любое время и в любой день, если у вас есть проблемы со здоровьем, больной новорожденный или нужен всего лишь совет – это простой первый шаг к тому, чтобы определить, нужен ли вам личный прием. Позвоните по номеру **800-700-0481**. Вы должны быть готовы назвать номер своей идентификационной карты.



## ExpressCare Virtual

Получите медицинскую помощь за считанные минуты по телефону или видеосвязи для лечения простуды, гриппа и лихорадки и инфекций, включая конъюнктивит, ларингит и бронхит. В ходе таких виртуальных приемов можно решить вопросы репродуктивного здоровья и здоровья детей, а также повторно получить рецепты на лекарства и запланировать лабораторные анализы или процедуры. Для начала зайдите на сайт [Providence.org/Services/ExpressCare-Virtual](https://Providence.org/Services/ExpressCare-Virtual).



## Клиники ExpressCare

Запишитесь на прием к врачу в тот же день или приходите без записи, где это возможно. Обращайтесь по поводу таких распространенных проблем со здоровьем, как простуда, боль в горле и аллергия. Большинство клиник работают с 7 а. м. до 7 р. м. или с 8 а. м. до 8 р. м. (тихоокеанское время). Чтобы найти адрес и записаться на прием, зайдите на сайт [Providence.org/ExpressCare](https://Providence.org/ExpressCare).



## Неотложная помощь

За неотложной помощью вы обращаетесь, когда не можете ждать приема для получения первичной помощи при таких незначительных проблемах, как порез, ожог и боль. Чтобы найти клинику неотложной помощи, зайдите на сайт [myProvidence.com](https://myprovidence.com) и нажмите кнопку Find a Provider («Найти поставщика медицинских услуг»). Затем выберите Find a Service or Place; Urgent Care Clinic («Найти услугу или место; клиника неотложной помощи»).



## Скорая помощь

Позвоните в службу 911 или обратитесь в ближайшее отделение скорой помощи, если вы считаете, что ваша жизнь в опасности. Используйте при таких симптомах, как подозрение на сердечный приступ, сильная боль в животе, отравление или потеря сознания.

Для получения дополнительной информации зайдите на сайт

[ProvidenceHealthPlan.com/Care-Options](https://ProvidenceHealthPlan.com/Care-Options).

\*В зависимости от наличия. Позвоните врачу и узнайте, есть ли такая возможность.

## Пакет услуг по охране психического здоровья

# Больше способов получить необходимую помощь.

Специалисты Providence Health Plan понимают, что психическое здоровье требует индивидуального подхода. Каждый человек уникален. Именно поэтому мы предлагаем различные услуги, которые помогут вам почувствовать поддержку и добиться положительных результатов.

### Краткий обзор нашего пакета услуг.



#### Ресурсы для улучшения эмоционального благополучия

##### Ресурсы для расслабления и перезагрузки

- Экономия на лечебном массаже, йоге, медитации и прочем
- [ProvidenceHealthPlan.com/LifeBalance](https://ProvidenceHealthPlan.com/LifeBalance)



#### Инструменты для самопомощи и самоосознанности

##### Консультации по вопросам здоровья

- [ProvidenceHealthPlan.com/HealthCoaching](https://ProvidenceHealthPlan.com/HealthCoaching)
- Индивидуальные сеансы консультаций по вопросам здоровья
- Индивидуальная постановка целей с разбивкой на выполнимые шаги
- Программа, разработанная для того, чтобы помочь вам в достижении своих целей в области здоровья

##### Learn to Live

- [LearnToLive.com/Welcome/ProvidenceHealthPlan](https://LearnToLive.com/Welcome/ProvidenceHealthPlan)
- Виртуальная терапия для контроля своего психологического состояния
- Индивидуальные сеансы консультаций, упражнения на самоосознанность, а также вебинары в прямом эфире и в записи
- Доступно в любое время в приложении



#### Телемедицина/ виртуальная помощь

##### Администратор по вопросам психического здоровья

- [Providence.org/BHC](https://Providence.org/BHC)
- Быстрый доступ к индивидуальному уходу от поставщиков медицинских услуг Providence
- Продленные часы работы: 7 а. м. – 8 р. м. (тихоокеанское время), 7 дней в неделю
- Помощь в борьбе с жизненными факторами стресса, психическими расстройствами и зависимостями
- Доступно для соответствующих требованиям участникам, проживающим в OR, WA, ID, CA, MT и TX

##### Talkspace

- [Talkspace.com/ProvidenceHealthPlan](https://Talkspace.com/ProvidenceHealthPlan)
- Поставщик виртуальной психотерапии для подростков (от 13 лет) и взрослых
- Подбор поставщика в течение 48 часов
- Связь через текстовое сообщение, звонок или по видео
- Доступ к терапии, диагностике и лечению психических заболеваний\* или и к тому и другому

\*Психиатры имеют право выписывать лекарства

Для получения дополнительной информации зайдите на сайт

[ProvidenceHealthPlan.com/BehavioralHealth](https://ProvidenceHealthPlan.com/BehavioralHealth)

# Наши услуги в действии



## Talkspace

# 80%

считают Talkspace таким же эффективным или более эффективным, чем традиционная терапия



## Equip

# 81%

пациентов отмечают улучшение симптомов расстройства пищевого поведения



## Администратор по вопросам психического здоровья

# 42%

участников не обратились бы за помощью, не будь этой услуги



## Charlie Health

# 60%

снижение симптомов депрессии



## Learn to Live

# 44%

улучшение психометрических результатов при работе с консультантом по программе Learn to Live



## Joon Care

# 87%

эффективное восстановление после тяжелых симптомов



## Широкая сеть клиник

### Сеть учреждений по охране психического здоровья

- Доступ на местном и общенациональном уровне
- Очные и виртуальные услуги
- Помощь с учетом возрастных особенностей (дети, подростки, взрослые)
- Доступ к сети специализированных учреждений по охране психического здоровья

### Каталог поставщиков услуг

- [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/findaprovider)
- Зайдите в Каталог поставщиков услуг и выполните поиск по номеру своей ID-карты участника
- Выберите Find a care provider («Найти поставщика медицинских услуг»)
- Выберите Mental Health/Substance Use Disorder («Психологическое здоровье/расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ»)



## Координация ухода и помощь в период острого кризиса

### Центр охраны психического здоровья

- Немедленный круглосуточный доступ без выходных
- Специалисты по оказанию помощи в период острого кризиса
- Оперативное направление к специалистам
- **800-878-4445 (телетайп: 711)**

### Услуги скорой и неотложной помощи

- Стационарное лечение, лечение на дому
- Частичная госпитализация

### Equip

- Виртуально: лечение расстройств пищевого поведения
- Дети и молодежь в возрасте от 6 до 24 лет
- Лечение в семье (Family-Based Treatment, FBT), подобранное с многопрофильной командой

### Charlie Health

- Виртуальная интенсивная амбулаторная программа (Virtual Intensive Outpatient Program, vIOP)
- Подростки и молодежь в возрасте от 11 до 30 лет
- Индивидуальные планы лечения, включая групповую и семейную/индивидуальную терапию

### Joon Care

- Помощь при попытках самоубийства и в кризисных ситуациях
- Виртуальные сеансы с лицензированным психологом
- Подростки и молодежь в возрасте от 13 до 26 лет
- Доступно для соответствующих требованиям участникам, проживающим в OR, WA, TX, CA, DE, PA и NY

Позвоните или отправьте текстовое сообщение **988 на горячую линию по вопросам профилактики самоубийств и поддержки психического здоровья**, если вам или кому-то из ваших знакомых требуется немедленная помощь в кризисной ситуации.

# Дополнительные льготы для участников

Ознакомьтесь с дополнительными льготами и доступными программами, которые охватывают все аспекты вашей жизни.



## One Pass Select™

Бюджетная комплексная программа здоровья. Выберите уровень членства, подходящий вашему образу жизни, и получите доступ к приложениям для онлайн-тренировок, абонементам в спортзал и доставке продуктов на дом. Начните свой путь за менее чем \$1 в день.



## LifeBalance

LifeBalance предоставляет участникам и членам их семей скидки на то, что они любят делать, например на походы в кино или поездки в отпуск. Вы найдете способы оставаться активными, снять стресс и сэкономить на тысячах покупок, связанных с отдыхом, культурой, оздоровлением и путешествиями.



## Консультации по вопросам здоровья\*

Если вы хотите повысить уровень своей активности, уменьшить стресс, улучшить пищевые привычки, похудеть, отказаться от курения или просто чувствовать себя лучше, консультант по вопросам здоровья из Providence может вам помочь. Мы поможем устранить препятствия, повысим вашу мотивацию и предоставим необходимые ресурсы.

\*Действуют критерии соответствия требованиям и участия. Услуги консультации по вопросам здоровья доступны не всем участникам. Для определения соответствия требованиям программы свяжитесь с программой консультаций по вопросам здоровья.



## Travel Assistance®

Мы сотрудничаем с программой Assist America Travel Assistance® для обеспечения логистической поддержки, когда требуется срочная медицинская помощь вдали от дома. Получите помощь с быстрой госпитализацией в подходящую больницу, новые рецепты вместо забытых и многое другое.



## Защита персональных данных

Assist America защищает от кражи персональных данных и помогает восстановить их целостность, если они были использованы в мошеннических целях. Храните важную информацию в безопасном месте, а если она будет утеряна или украдена, воспользуйтесь быстрым и простым процессом решения проблемы.

Для получения дополнительной информации об этих льготах зайдите на сайт

[ProvidenceHealthPlan.com/Member-Perks](https://ProvidenceHealthPlan.com/Member-Perks).

# Как выбрать план?

Прежде чем выбрать план медицинского страхования для себя и своей семьи, необходимо учесть несколько моментов (например, сколько стоит план, какой объем медицинской помощи вам потребуется, есть ли у вас хронические заболевания, и принимаете ли вы лекарства). Это лишь несколько важных вопросов, над которыми стоит задуматься при подборе плана, обеспечивающего оптимальный баланс между ежемесячным страховым взносом и расходами из собственных средств.

Выбор правильной сети также очень важен, когда вы думаете о том, как получить необходимые вам медицинские услуги. В состав вашей сети входят поставщики медицинских услуг и учреждения, с которыми ваш медицинский страховой план заключил договор. Убедитесь, что ваши врачи входят в зону обслуживания вашего плана.

## Как выбрать правильный план

Gold, Silver или Bronze: какой план вам подходит? Есть несколько моментов, которые следует учитывать, и в первую очередь то, какой объем медицинской помощи потребуется вам и вашей семье. В зависимости от выбранного вами уровня, ваш страховой взнос и расход собственных средств будут отличаться. Что никогда не меняется – так это качество медицинской помощи.

### Краткое описание уровней, что они предлагают и для кого они лучше всего подходят



#### Gold

Если вы часто ходите к врачу или другим специалистам либо ожидаете, что вам понадобится много услуг (помимо профилактических), вам, вероятно, подойдет уровень Gold. Страховые взносы выше, но расходы собственных средств ниже.



#### Silver

Уровень Silver предлагает отличный баланс между объемом услуг, которые вам понадобятся в течение года, и приемлемыми страховыми взносами и расходами собственных средств. Он подходит для тех, кто посещает врачей или специалистов с определенной регулярностью, но не так часто, как те, кто пользуется уровнем Gold.



#### Bronze

Если вы в целом здоровы и не часто нуждаетесь в медицинской помощи, вам подойдет уровень Bronze. Страховые взносы здесь самые низкие из трех уровней, а расходы собственных средств как правило выше.

## Помощь с приобретением

Для получения помощи с приобретением позвоните нам по номеру **800-988-0088** (телетайп: 711) или зайдите на сайт [ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://www.providencehealthplan.com/shop).



## Поиск врача

**Настройте поиск поставщика медицинских услуг в три простых шага.**

Найти сетевых поставщиков медицинских услуг легко с помощью онлайн-каталога. Если вам нужен поставщик первичной медицинской помощи, специалист, медицинский центр, аптека или медицинское учреждение, вы найдете то, что ищете, всего в несколько кликов.

### Как искать поставщика медицинских услуг

#### 01 Поиск

Зайдите на [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/FindAProvider), чтобы найти полный перечень поставщиков медицинских услуг, аптек и медицинских учреждений

#### 02 Уточните свой поиск

Выберите Find a care provider («Найти поставщика медицинских услуг»), затем выполните поиск по типу поставщика, услуге или месту

#### 03 Настройте результаты

Используйте меню слева для дополнительной настройки поиска с собственными идентификаторами

#### Отфильтруйте результаты по:

- типу/специальности
- месту
- принадлежности к больницам
- полу
- языкам
- расовой и этнической принадлежности
- религиозным общинам
- личным качествам
- культурной компетентности
- ЛГБТК+
- группам по интересам

За помощью обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру **800-878-4445 (телетайп: 711)**, с понедельника по пятницу, с 8 а. м. до 5 р. м. (тихоокеанское время).

# Медицинский дом

Когда речь идет о получении надлежащего лечения, участникам предоставляется бесчисленное множество вариантов. При каждом взаимодействии со своими членами Медицинский дом ставит потребности своих членов на первое место.

Медицинский дом – это модель здравоохранения, в основе которой лежит командная работа, и ответственность за процесс лежит на вашем поставщике первичной медицинской помощи. Он работает с другими медицинскими работниками для координации вашего лечения: медсестрами, специалистами, фармацевтами – «лечащей командой». Члены команды согласовывают свои действия для оказания вам необходимой медицинской помощи.



## Ваш поставщик первичной медицинской помощи,

врач или медсестра, которые руководят вашей лечащей командой, координируют лечение с учетом ваших потребностей.



## Другие медицинские работники,

например члены вашей лечащей команды, познакомятся с вами и изучат ваш анамнез.



## Скоординированный план лечения,

чтобы между вами, вашей лечащей командой и медицинским страховым планом все было согласовано. Если все будет работать сообща, вам не придется каждый раз повторять свой анамнез.



## Преимущества медицинского дома

Благодаря медицинскому дому Providence вам легче будет получить оптимальное лечение.

- С вами будет работать группа врачей, которые знают вам анамнез во всех деталях.
- Доступ к избранным поставщикам услуг с удобным расположением: отсутствие необходимости выполнять самостоятельный поиск.
- Комплексная команда специалистов, предоставляющих и контролирующих ваше лечение, включая координацию приемов и назначение рецептурных препаратов.



# Планы Columbia

## Основная информация о плане

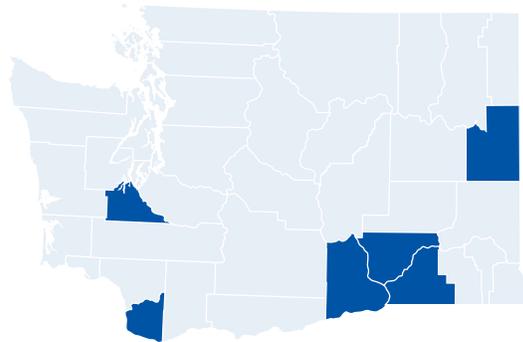
- ✓ Покрываются услуги сетевых специалистов мануальной терапии, иглоукалывания и лечебного массажа.
- ✓ В планах Columbia нет необходимости получать направление для посещения сетевых специалистов.
- ✓ План не покрывает услуги внесетевых специалистов. Льготы распространяются только на услуги сетевых поставщиков, за исключением скорой или неотложной медицинской помощи.
- ✓ Вы можете получать у сетевого натуропата покрываемые услуги, включая плановые осмотры и уход за новорожденным. Эти услуги покрываются по той же ставке, что и услуги поставщика первичной медицинской помощи при условии, что поставщик альтернативных видов лечения имеет лицензию на оказание таких услуг.

Зайдите на сайт [ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://ProvidenceHealthPlan.com/Shop), чтобы сравнить планы, ознакомиться с тарифами и зарегистрироваться.

### Сеть Providence Choice

Сеть клиник первичной помощи, имеющих статус медицинских домов, в округах:

- Benton
- Clark
- Franklin
- Spokane
- Thurston
- Walla Walla



<b>Планы Columbia</b>	<b>Columbia 1500 Gold Сетевые специалисты</b> (без льгот на услуги внесетевых специалистов)	<b>Columbia 5000 Silver Сетевые специалисты</b> (без льгот на услуги внесетевых специалистов)	<b>Columbia 8900 Bronze Сетевые специалисты</b> (без льгот на услуги внесетевых специалистов)
<b>Франшизы</b>			
Ежегодная франшиза по индивидуальному плану (1 чел.)	\$1,500	\$5,000	\$8,900
Ежегодная франшиза по семейному плану (2 и более человек)	\$3,000	\$10,000	\$17,800
Ежегодный максимум собственных средств по индивидуальному плану (1 чел.)	\$8,200	\$8,900	\$8,900
Ежегодный максимум собственных средств по семейному плану (2 и более человек)	\$16,400	\$17,800	\$17,800

**После выплаты франшизы вы будете платить следующие суммы за покрываемые услуги.  
Франшиза не применяется к услугам, отмеченным ✓.**

<b>Профилактическое медицинское обслуживание</b>			
Периодические медицинские осмотры и уход за новорожденным (у любого лицензированного поставщика медицинских услуг)	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
Врачебные приемы, предусмотренные планом ведения беременности	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
Ежегодный гинекологический осмотр и мазок с шейки матки на онкоцитологию	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
Маммография	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
Обследование на колоректальный рак (от 45 лет)	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
<b>Приемы у специалистов</b>			
Поставщик первичной медицинской помощи (PCP)	\$30✓	\$45✓	\$70✓
ExpressCare, виртуальные приемы	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
Поставщики альтернативных видов лечения	\$30✓	\$45✓	\$70✓
Специалист	\$50✓	\$65✓	\$100✓
<b>Больничные услуги</b>			
Обслуживание в стационаре и ведение беременности	20%	35%	Полное покрытие
<b>Скорая и неотложная помощь</b>			
Услуги скорой помощи (все услуги считаются сетевыми)	\$250, далее 20%	\$250, далее 35%	Полное покрытие
Услуги неотложной помощи (франшиза применяется к услугам внесетевых специалистов)	\$50✓	\$65✓	\$100✓

Продолжение таблицы на следующей странице

<b>Планы Columbia</b>	<b>Columbia 1500 Gold Сетевые специалисты (без льгот на услуги внесетевых специалистов)</b>	<b>Columbia 5000 Silver Сетевые специалисты (без льгот на услуги внесетевых специалистов)</b>	<b>Columbia 8900 Bronze Сетевые специалисты (без льгот на услуги внесетевых специалистов)</b>
<b>Услуги амбулаторной диагностики</b>			
Рентгенография и лабораторные анализы	20%✓	35%✓	Полное покрытие
Услуги высокотехнологичной визуализации (ПЭТ, КТ, МРТ)	20%	35%	Полное покрытие
<b>Психическое здоровье и расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ</b>			
Стационарное лечение, лечение на дому	20%	35%	Полное покрытие
Амбулаторные врачебные приемы	\$30✓	\$45✓	\$70✓
<b>Прочие покрываемые услуги</b>			
Амбулаторная хирургическая операция	10%	25%	Полное покрытие
Мануальная терапия (не более 10 сеансов в календарный год)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Иглоукалывание (не более 12 сеансов в календарный год)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Лечебный массаж (не более 10 сеансов в календарный год)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
<b>Рецептурные препараты</b>			
Уровень 1	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
Уровень 2	\$10✓	\$25✓	\$35✓
Уровень 3	\$50✓	\$70✓	Полное покрытие
Уровень 4	50%	50%	Полное покрытие
Уровень 5	50% при макс. \$200 за рецепт	50% при макс. \$200 за рецепт	Полное покрытие
Уровень 6	50%	50%	Полное покрытие
<b>Инсулин, макс.</b>			
30-дневный запас	\$35✓	\$35✓	\$35✓
<b>Офтальмологические услуги для детей (до 18 лет включительно)</b>			
Плановые офтальмологические осмотры	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓
Оптические приборы (оправы, линзы, контактные линзы); действуют ограничения	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓	Полное покрытие✓

Приобретите план Columbia на сайте [ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://ProvidenceHealthPlan.com/Shop) или у местного страхового агента.

✓ В отношении этих услуг франшиза не действует.

План не покрывает услугу прерывания беременности. Исключения: серьезный риск для матери или нежизнеспособный плод. При обычных обстоятельствах Providence не предоставляет эту услугу ввиду религиозных убеждений. Однако участники этого плана имеют страховое покрытие прерывания беременности через программу планирования семьи Департамента здравоохранения штата Washington (Washington Department of Health). За информацией о том, как получить эти услуги, обращайтесь в службу поддержки Департамента здравоохранения по номеру 1-877-501-2233. Вы не обязаны уведомлять Providence Health Plan о непокрываемых услугах.

# Заявление о недопущении дискриминации

Providence Health Plan и Providence Health Assurance соблюдают действующие федеральные законы о гражданских правах и не допускают дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, сексуальной ориентации, религии, гендерной идентичности, семейного положения и пола. Providence Health Plan и Providence Health Assurance не исключают людей и не относятся к ним по-другому из-за расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, сексуальной ориентации, религии, гендерной идентичности, семейного положения и пола.

## Providence Health Plan и Providence Health Assurance

Предоставляют бесплатную помощь и услуги людям с инвалидностью для эффективного взаимодействия с нами. В числе этих услуг:

- квалифицированные переводчики языка жестов;
- письменная информация в других форматах (крупный шрифт, аудио, доступные электронные форматы, другие форматы).

Предоставляют языковые услуги людям, для которых английский не является родным языком. В числе этих услуг:

- квалифицированные переводчики;
- информация на других языках.

Если вам нужны эти услуги, вы можете позвонить нам по номеру **503-574-7500** или **800-878-4445 (телетайп: 711)**.

Если вы считаете, что Providence Health Plan и Providence Health Assurance не предоставили данные услуги или дискриминировали вас каким-либо другим образом по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, возраста, инвалидности, сексуальной ориентации, религии, гендерной идентичности, семейного положения или пола, вы можете подать жалобу нашему координатору по вопросам недискриминации по почте:

### Providence Health Plan and Providence Health Assurance

Attn: Ronni Nichuals, Non-discrimination Coordinator

P.O. Box 4158

Portland, OR 97208-4158

Телефон: **503-574-6236**

Факс: **503-574-8757**

Электронная почта: **Ronni.Nichuals@Providence.org**

Если вам нужна помощь в подаче жалобы, позвоните по номеру **503-574-7500** или **800-878-4445 (телетайп: 711)**.

Вы также можете подать жалобу по поводу гражданских прав в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социальных служб США (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) в электронном виде через портал жалоб Управления по гражданским правам, доступный по адресу **<https://ocrportal.hhs.gov/orc/portal/lobby.jsf>**, по почте или по телефону:

### U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Телефон: **800-368-1019** или **800-537-7697 (телетайп)**

Формы для подачи жалобы доступны на **<https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>**.

Участники страховых планов, предлагаемых в штате Oregon, могут подать жалобу в Division of Financial Regulation (Отдел финансового регулирования) по номеру **888-877-4894** или на сайте **<https://dfr.oregon.gov/pages/index.aspx>**.

Участники планов страхования, предлагаемых в штате Washington, могут подать жалобу в Управление комиссара по страхованию штата Washington (Washington Office of the Insurance Commissioner) в электронном виде через портал жалоб Управления комиссара по страхованию, доступный по адресу **<https://insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>**, по номеру **800-562-6900** или **800-537-7697 (телетайп: 711)** или на сайте **[www.insurance.wa.gov](http://www.insurance.wa.gov)**. Формы для подачи жалобы доступны на **<https://fortress.wa.gov/oic/online-services/cc/pub/complaintinformation.aspx>**.

# Информация о доступе к языковым услугам

**ATTENTION:** If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Spanish:** ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если Вы говорите по-русски, то Вам доступны услуги бесплатной языковой поддержки. Звоните 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Vietnamese:** CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Xin gọi số 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Traditional Chinese:** 注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言支援服務。請致電 1-800-878-4445 (TTY: 711)。

**Kushite:** XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Farsi:**

توجه: اگر به زبان فارسی صحبت می‌کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان به شما ارائه می‌شود. با 1-800-878-4445 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Ukrainian:** УВАГА! Якщо Ви розмовляєте українською мовою, для Вас доступні безкоштовні послуги мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-878-4445 (телетайп: 711).

**Japanese:** お知らせ：日本語での通話をご希望の場合、言語支援サービスを無料でご利用いただけます。1-800-878-4445 (TTY: 711)まで、お電話ください。

**Korean:** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-878-4445 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오

**Nepali:** ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंले निम्न भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छन् । 1-800-878-4445 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् ।

**Romanian:** ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii gratuite de asistență lingvistică. Sunați 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Hmong:** LUS CEEB TOOM: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txhais lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-878-4445 (TTY: 711).

**Cambodian:** កំណត់សម្គាល់: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ អាចមានសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃពីលោកអ្នក។ សូមហៅទូរស័ព្ទលេខ 1-800-878-4445 (TTY: 711)។

**Laotian:** ເຂົນສົ່ງ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ຈະມີການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-878-4445 (TTY: 711).



# Здоровье для всех

Чтобы сделать здравоохранение более доступным и справедливым, мы стараемся выявлять проблемы, препятствующие всеобщему доступу к медицинской помощи и разрабатывать эффективные решения для их устранения.

## Помощь с приобретением

**800-988-0088 (телетайп: 711)**

с 8 а. м. до 5 р. м. (тихоокеанское время), с понедельника по пятницу.

**[ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://ProvidenceHealthPlan.com/Shop)**



# 2025 Washington Application for Individual & Family Insurance

Thank you for choosing Providence Health Plan for your individual health insurance coverage.

## **THIS FORM IS FOR NEW ENROLLMENT ONLY. DO NOT USE THIS FORM IF:**

- **You currently have an active Providence Health Plan Individual & Family insurance plan in the state of Washington. To learn how to make changes to your existing plan, please see the attached Additional Information page.**
- **You're entitled to Medicare Part A and/or enrolled in Medicare Part B. For information about Providence Medicare plans, please visit [ProvidenceHealthPlan.com/Medicare](https://ProvidenceHealthPlan.com/Medicare).**

For assistance completing your application, please contact the Providence Health Plan Sales team at 503-574-5000 or 800-988-0088 (TTY: 711), 8 a.m. to 5 p.m. (Pacific Time), Monday through Friday. You may also contact your insurance agent/producer for assistance.

## **Before You Begin**

### **Here's some important information about this form.**

**Everyone listed on this form will be enrolled in the same single plan.** A separate application is required for any family members who want coverage on different plans.

**All plans purchased using this application will expire December 31, 2025.** All plans under the Affordable Care Act (ACA) are considered to be guaranteed renewable. Providence Health Plan will send you information at the end of the plan year regarding your eligibility for coverage in 2026.

**Learn about different plans, compare coverage and check rates at [ProvidenceHealthPlan.com](https://ProvidenceHealthPlan.com).**

**This form does NOT cancel any active coverage you might already have.** To avoid paying two premiums or having overlapping coverage, you need to cancel any currently active coverage you might have on a plan from either the Health Benefit Exchange or an employer, even if the policy is with Providence Health Plan.

**Once you've completed this form, submit pages 1-8 to Providence Health Plan.** If the form isn't signed, dated, fully completed, or if we need additional information, the date your coverage starts may be delayed. Your application will expire 60 days after the signature date, and we will not accept any postdated applications.

# Step 1 of 5: Select Enrollment Period

Select one of the following enrollment options:

## Option 1:

- I'm enrolling for new coverage during the **Open Enrollment Period (11/1/2024 - 1/15/2025)**.

Open Enrollment is your opportunity to enroll for coverage without requiring a qualifying event. For your coverage to be effective January 1, 2025, Providence Health Plan must receive your completed application no later than 12/15/2024.

Applications received between 12/16/2024 - 1/15/2025 will have coverage effective February 1, 2025. To effectuate coverage, you must submit your initial premium payment by the due date listed in Providence Health Plan's offer of coverage.

## Option 2:

- I'm enrolling for new coverage during a **Special Enrollment Period (1/1/2025 - 12/31/2025)**.

You must have experienced one of the qualifying events listed below and submit your application and required documentation. Providence Health Plan must receive this completed application and required documentation **within 60 days** of the qualifying event.

Your effective date will be determined based on the type of qualifying event and the date Providence Health Plan receives your completed application, conditioned on timely receipt of your initial premium payment. Your effective date cannot be prior to the qualifying event. Please see the attached **Additional Information page** to learn more.

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
DATE OF QUALIFYING EVENT

**If you're applying outside of the Open Enrollment Period you must select a qualifying event:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Involuntary loss of individual or group coverage except for failure to pay the premium                | <input type="checkbox"/> Loss of coverage due to end of marriage or state registered domestic partnership   |
| <input type="checkbox"/> Marriage or state registered domestic partnership*  | <input type="checkbox"/> Involuntary loss of Medicaid or CHIP coverage  |
| <input type="checkbox"/> Birth, adoption, placement for adoption or foster care of a child                                     | <input type="checkbox"/> Newly eligible for a state- or federally-sponsored premium assistance program  |
| <input type="checkbox"/> Qualified Medical Child Support Order (QMCSO) or acquisition of legal guardianship                    | <input type="checkbox"/> Loss of Advance Premium Tax Credit (APTC), Cost Sharing Reductions (CSR), or cessation of employer contribution to COBRA                           |
| <input type="checkbox"/> Permanent move to a new Providence Health Plan service area that offers different health plan options | <input type="checkbox"/> Newly gains access to an individual coverage HRA (ICHRA) or is newly provided a qualified small employer health reimbursement arrangement (QSEHRA) |
| <input type="checkbox"/> Loss of coverage as a dependent due to age  | <input type="checkbox"/> Survivor of domestic abuse/violence or spousal abandonment and wants to enroll in a health plan separate from the abuser or abandoner              |

\*"State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.

# Step 2 of 5: Provide Member Information

## Who is this application for? (Select one)

- Myself only:** You must be at least 18 years old and reside in our service area.
- Myself and my spouse/state registered domestic partner:**\* Includes you and your spouse or state registered domestic partner. Both must reside in our service area.
- Myself and my children:** Includes you, your dependent children age 25 or younger, and disabled dependents. You, the Policyholder, must reside in our service area.
- Myself and my family:** Includes you, your spouse or state registered domestic partner, your dependent children age 25 or younger, and disabled dependents. Both you and your spouse/domestic partner must reside in our service area.
- My dependent(s) only:** Includes your spouse or state registered domestic partner, your dependent children age 25 or younger, and disabled dependents. The responsible parent or legal guardian is the Policyholder. All enrolled dependents must reside in our service area.

\*"State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.

## Applicant/Policyholder Information

The policyholder must be at least 18 years old, is financially responsible for the policy and is the person authorized to make changes to the plan.

_____ LAST NAME	_____ FIRST NAME	_____ MI	_____/_____/_____ DATE OF BIRTH	_____/_____/_____ MM/DD/YYYY
_____-_____-_____ SOCIAL SECURITY #	_____ EMAIL ADDRESS	_____-_____-_____ PHONE #		

Gender (check one)  Male  Female  Other

How do you identify? (These fields are optional. Your response will help us to better serve all communities.)

Male  Female  Non-binary  Transgender Male  Transgender Female  Decline to answer

Have you used any tobacco products in the last six months?  Yes  No

(Tobacco use is defined as an average of at least four times per week in the last six months, except for religious or ceremonial purposes.)

_____ PHYSICAL ADDRESS (NO P.O. BOX OR RETAIL/BUSINESS ADDRESSES)			_____ APARTMENT/UNIT NUMBER	
_____ CITY	_____ STATE	_____ ZIP	_____ COUNTY	

_____ MAILING ADDRESS (IF DIFFERENT FROM HOME ADDRESS)			_____ APARTMENT/UNIT NUMBER	
_____ CITY	_____ STATE	_____ ZIP	_____ COUNTY	

# Step 3 of 5: List Dependents

## Dependent Information

Please include full, legal names. For all plans, dependent children must be age 25 or younger as of their effective date.

**1** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

\_\_\_\_\_  
 RELATIONSHIP\* SOCIAL SECURITY #

GENDER:  M  F  Other

HOW DO YOU IDENTIFY?\*\*\*  Male  Female  Non-binary  
 Transgender Male  Transgender Female  Decline to answer

USES TOBACCO?\*\*  Yes  No

LIVES WITH POLICYHOLDER?  Yes  No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

\_\_\_\_\_  
 DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

\_\_\_\_\_  
 CITY STATE ZIP COUNTY

**2** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

\_\_\_\_\_  
 RELATIONSHIP\* SOCIAL SECURITY #

GENDER:  M  F  Other

HOW DO YOU IDENTIFY?\*\*\*  Male  Female  Non-binary  
 Transgender Male  Transgender Female  Decline to answer

USES TOBACCO?\*\*  Yes  No

LIVES WITH POLICYHOLDER?  Yes  No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

\_\_\_\_\_  
 DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

\_\_\_\_\_  
 CITY STATE ZIP COUNTY

**3** \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

\_\_\_\_\_  
 RELATIONSHIP\* SOCIAL SECURITY #

GENDER:  M  F  Other

HOW DO YOU IDENTIFY?\*\*\*  Male  Female  Non-binary  
 Transgender Male  Transgender Female  Decline to answer

USES TOBACCO?\*\*  Yes  No

LIVES WITH POLICYHOLDER?  Yes  No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

\_\_\_\_\_  
 DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

\_\_\_\_\_  
 CITY STATE ZIP COUNTY

\*"State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.  
 \*\*Tobacco use is defined as an average of a least four times per week, except for religious or ceremonial purposes.  
 \*\*\*These fields are optional. Your response will help us to better serve all communities.

## Step 3 of 5: List Dependents

### Dependent Information (Continued)

Please include full, legal names. For all plans, dependent children must be age 25 or younger as of their effective date. If you have additional dependents to be enrolled, please include them on a separate sheet with this enrollment application.

4 \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

\_\_\_\_\_  
 - -

RELATIONSHIP\* SOCIAL SECURITY # GENDER:  M  F  Other

HOW DO YOU IDENTIFY?\*\*\*  Male  Female  Non-binary  
 Transgender Male  Transgender Female  Decline to answer

LIVES WITH POLICYHOLDER?  Yes  No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

\_\_\_\_\_  
 CITY STATE ZIP COUNTY

5 \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

\_\_\_\_\_  
 - -

RELATIONSHIP\* SOCIAL SECURITY # GENDER:  M  F  Other

HOW DO YOU IDENTIFY?\*\*\*  Male  Female  Non-binary  
 Transgender Male  Transgender Female  Decline to answer

LIVES WITH POLICYHOLDER?  Yes  No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

\_\_\_\_\_  
 CITY STATE ZIP COUNTY

6 \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LAST NAME FIRST NAME MI DATE OF BIRTH

\_\_\_\_\_  
 - -

RELATIONSHIP\* SOCIAL SECURITY # GENDER:  M  F  Other

HOW DO YOU IDENTIFY?\*\*\*  Male  Female  Non-binary  
 Transgender Male  Transgender Female  Decline to answer

LIVES WITH POLICYHOLDER?  Yes  No **IF NO, INCLUDE THE DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS BELOW.**

DEPENDENT'S PHYSICAL ADDRESS APARTMENT/UNIT NUMBER

\_\_\_\_\_  
 CITY STATE ZIP COUNTY

\*\*\*State registered domestic partners" means two adults who meet the requirements for a valid state registered domestic partnership as established by RCW 26.60.030, and who have been issued a certificate of state registered domestic partnership by the secretary.

\*\*Tobacco use is defined as an average of a least four times per week, except for religious or ceremonial purposes.

\*\*\*These fields are optional. Your response will help us to better serve all communities.

## Step 4 of 5: Select a Plan

You can learn more about each of the medical plans listed below by reading their corresponding Summary of Benefits and Coverage (SBC) at [ProvidenceHealthPlan.com/SBC](https://www.providencehealthplan.com/SBC).

APPLICABLE COUNTIES	NETWORK	MEDICAL PLAN (CHECK ONE)
Benton, Clark, Franklin, Spokane, Thurston, Walla Walla	Choice	<input type="checkbox"/> Columbia 1500 Gold <input type="checkbox"/> Columbia 5000 Silver <input type="checkbox"/> Columbia 8900 Bronze

You will need to choose a Medical Home and a Primary Care Provider (PCP) after you enroll. Find a participating Providence Health Plan provider at [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/FindAProvider). To learn about Medical Homes, please see the attached **Additional Information page**.

## Step 5 of 5: Read, Sign & Submit Certification of Completion and Correctness

I affirm that the answers given in this Application for Coverage are complete and correct. I am providing these answers as part of the application procedure required by Providence Health Plan to enroll for insurance coverage.

I understand that if this application contains any intentional material misstatements or omissions, other than misstatements or omissions related to the use of tobacco products, Providence Health Plan may rescind, modify or cancel the contract, and/or take any other legal action available to it by law. I understand that misstatements or omissions related to tobacco use may result in rate modification, to the extent permissible under state and federal law. I will promptly inform Providence Health Plan in writing if anything changes before my coverage takes effect that makes this application incomplete or incorrect.

I understand and agree that no coverage shall be in force until the effective date determined by Providence Health Plan and that Providence Health Plan may contact me to clarify answers on this application.

As the applicant, I understand I have the right to inspect the information in my file. I understand that I can visit [ProvidenceHealthPlan.com](https://www.providencehealthplan.com) to educate myself about Providence Health Plan's privacy practices. I understand that I can get a copy of Providence Health Plan's Notice of Privacy Practices by going to [ProvidenceHealthPlan.com/NOPP](https://www.providencehealthplan.com/NOPP) or by calling Customer Service at 503-574-7500 or 800-878-4445 (TTY: 711).

**Sign on next page →**

# Signature

1. I understand that this is an individual health insurance contract and I verify that neither my employer nor any third party will be paying the premium on this policy except as permitted by state or federal regulation.
2. I understand that it is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.
3. I understand that I must update my information with Providence Health Plan anytime there are changes from what I wrote on this application.
4. I verify that neither I nor any of my enrolled dependents are entitled to Medicare Part A and/or enrolled in Medicare Part B. (The federal government does not allow health plans to issue Individual coverage that duplicates coverage available through Medicare.)
5. I am the parent or legal guardian of all dependent children listed on this application.
6. I verify that the physical address I provided on this application for myself is accurate, as well as any other address provided by me for any dependents included on this application.
7. Providence Columbia plans DO NOT include pediatric dental coverage. I affirm that I will obtain pediatric dental coverage; for dependents under age 19 through a separate Marketplace-certified pediatric dental plan, and that I will notify Providence Health Plan if I do not obtain coverage. I understand that if I do not obtain pediatric dental coverage, Providence Health Plan will discontinue my or any of my enrolled dependents health benefits until reasonable assurance is obtained.
8. I understand that:
  - Providence Health Plan will send me an offer of coverage containing the terms for initial premium payment.
  - I need to pay my initial premium payment by the due date specified on my offer of coverage to effectuate my policy.
  - After my policy has been effectuated, Providence Health Plan will send me a legal contract.
9. I understand that this application does not terminate other coverage through the Health Benefit Exchange, Providence Health Plan or other carriers.

**By signing, I agree to the above conditions. Policyholder signature and date required.**

**Signature is considered valid only if it is hand written ("wet") or e-signed.**

**A copy of legal guardianship or power of attorney must accompany this form if not signed by the Policyholder.**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF POLICYHOLDER, LEGAL GUARDIAN OR POWER OF ATTORNEY

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE MM/DD/YYYY

\_\_\_\_\_  
PRINT NAME

Signed by Policyholder  
Applicant for Spouse or  
Domestic Partner

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF SPOUSE OR DOMESTIC PARTNER (IF APPLICABLE)

## For Producer Use Only

I, (the producer) certify I have explained the eligibility provisions to the applicant. I have not made any statements about benefits, conditions or limitations of the contract except through written material furnished by Providence Health Plan.

I have informed the applicant that the effective date of coverage is assigned only by Providence Health Plan and provided the Washington Disclosure Information required. I certify that the information supplied to me by the applicant has been truly and accurately recorded here. **All fields are required.**

\_\_\_\_\_  
PRODUCER NAME

\_\_\_\_\_  
AGENCY NAME

\_\_\_\_\_  
PRODUCER NPN

\_\_\_\_\_  
EMAIL ADDRESS

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATE

MM/DD/YYYY

\_\_\_\_\_  
PRODUCER SIGNATURE

## Submission Instructions

### 01 Review your completed application to make sure you didn't miss anything.

**Important reminder:** if your application is incomplete, lacks a signature or signature date, or if additional information is required, your effective date may be delayed. Your application will expire 60 days after the signature date, and we do not accept any postdated applications.

### 02 Mail pages 1-8 to: or Fax pages 1-8 to:

Providence Health Plan      503-574-8131  
P.O. Box 4649  
Portland, OR 97208-4649

### 03 What happens now?

- Providence Health Plan will send you an offer of coverage that will include the amount of your initial premium payment and when it's due.
- In order for your coverage to take effect, Providence Health Plan must receive your initial premium payment by the due date listed in our offer of coverage.
- Please save a copy of this completed application for your records.

# Race/Ethnicity Questionnaire

The following questions are optional. Your responses will help us to better serve all communities.

**Which of the following describes your racial or ethnic identity?** Please check all that apply.

**Hispanic and Latino/a/x**

- Hispanic or Latino/a/x Central American
- Hispanic or Latino/a/x Mexican
- Hispanic or Latino/a/x South American
- Other Hispanic or Latino/a/x

**Native Hawaiian or Pacific Islander**

- Guamanian or Chamorro
- Marshallese
- Communities of the Micronesian Region
- Native Hawaiian
- Samoan
- Tongan
- Other Pacific Islander

**Other**

- Other
- I don't know.
- I don't want to answer.

**American Indian or Alaska Native**

- American Indian
- Alaska Native
- Canadian Inuit, Metis, or First Nation
- Indigenous Mexican, Central American, or South American

**White**

- Caucasian/White (no national affiliation)
- Eastern European/Slavic
- Western European
- Other White (African, Australian, New Zealand descent)

**Middle Eastern or North African**

- Middle Eastern
- North African

**Black or African American**

- African American
- Afro-Caribbean
- Ethiopian
- Somali
- Other African (Black)
- Afro-Latinx/Bi-racial/Other
- Other Black

**Asian**

- Asian Indian
- Cambodian
- Chinese
- Communities of Myanmar
- Filipino/a
- Hmong
- Japanese
- Korean
- Laotian
- South Asian
- Vietnamese
- Other Asian

**If you checked more than one category above, is there one you think of as your primary racial or ethnic identity?**

**Yes** (please specify): \_\_\_\_\_

**No:** I do not have just one primary racial or ethnic identity.

**No:** I identify as Biracial or Multiracial.

**N/A:** I only checked one category above.

**N/A:** I don't know.

**N/A:** I don't want to answer.

**What is your preferred spoken language?**

- |  |                                     |                                   |  |
|--|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> English         | <input type="checkbox"/> Cantonese  | <input type="checkbox"/> French   | <input type="checkbox"/> Arabic          |
| <input type="checkbox"/> Spanish         | <input type="checkbox"/> Vietnamese | <input type="checkbox"/> Tagalog  | <input type="checkbox"/> Decline/Unknown |
| <input type="checkbox"/> Chinese - Other | <input type="checkbox"/> Russian    | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Other           |
| <input type="checkbox"/> Mandarin        | <input type="checkbox"/> German     | <input type="checkbox"/> Korean   |  |

**What is your preferred written language?**

- |                                  |   |                                  |  |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> English | <input type="checkbox"/> Vietnamese         | <input type="checkbox"/> Russian | <input type="checkbox"/> <b>N/A:</b> I don't know.           |
| <input type="checkbox"/> Spanish | <input type="checkbox"/> Simplified Chinese | <input type="checkbox"/> Other   | <input type="checkbox"/> <b>N/A:</b> I don't want to answer. |

# Additional Information

## What is a Medical Home?

When you enroll in a Columbia plan, you are required to choose a Medical Home (also known as a Primary Care Home). A Medical Home is a cooperative, patient-centered clinic made up of providers and staff who work with you to address your physical and behavioral health needs and goals. The Medical Home you choose coordinates all elements of your care across hospitals, specialists, pharmacies, home health services, and community resources to ensure greater accessibility, shorter wait times, and an integrative approach to your health.

## I'm signing up during a Special Enrollment Period due to a qualifying event. When will my coverage take effect?

If the qualifying event is birth, adoption, placement for adoption or foster care of a child, or a court order, coverage will be effective from the date of the event. If you would prefer a prospective effective date, please call Membership Accounting at 503-574-5791 or 888-816-1300 (TTY: 711) for further instructions. All other qualifying events will be effective on the first day of the month following Providence Health Plan's receipt of your completed application. For further instructions and details related to a Special Enrollment Period, visit [ProvidenceHealthPlan.com/QE](https://www.providencehealthplan.com/QE).

## How do I make changes to an existing plan?

If you are an active Individual & Family Plan policyholder in the state of Washington and would like to make changes to your current plan, visit [ProvidenceHealthPlan.com/Forms](https://www.providencehealthplan.com/Forms) to complete an Individual & Family Plan Change Form.

This application form is only for new enrollment in an Individual & Family plan purchased directly from Providence Health Plan. That means if you are an active member and submit this application for new enrollment, you will be enrolled in a new policy which will result in duplicate coverage and two premium payments.

## Помощь с приобретением



**800-988-0088 (телетайп: 711)**

с 8 а. м. до 5 р. м. (тихоокеанское время), с понедельника по пятницу



**[ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://ProvidenceHealthPlan.com/Shop)**

