



2025

Resumen del plan individual y familiar

Washington



Salud para todos

Durante más de 160 años, nuestra cooperativa de atención médica sin ánimo de lucro ha establecido un estándar de salud y bienestar para la comunidad. Nuestro compromiso no gira exclusivamente en torno a tratar las enfermedades, se trata de invertir en salud. Esto significa que intervenimos antes y mejoramos los resultados y la salud de toda la comunidad.

Como sistema integral, utilizamos la fortaleza de la red excepcional de clínicas, hospitales y doctores de Providence y la combinamos con la flexibilidad, la asequibilidad y la excelencia de Providence Health Plan en cuanto a beneficios y servicios con el fin de crear una experiencia para el miembro realmente diferenciada.

- 04** Cosas que debe saber a la hora de considerar la cobertura
- 06** Aspectos destacados de los beneficios
- 07** Opciones de atención
- 08** Paquete de servicios de salud conductual
- 10** Ventajas para los miembros
- 11** ¿Cómo elijo un plan?
- 12** Buscar un proveedor
- 13** Institución médica residencial
- 15** Planes de Columbia

Cosas que debe saber a la hora de considerar la cobertura

En este folleto, se ofrece un resumen de nuestros planes individuales y familiares, que están sujetos a cambios todos los años. Para obtener más información sobre los beneficios de los planes y los requisitos, las limitaciones y las exclusiones de la inscripción, consulte el contrato del plan o comuníquese con nuestro equipo de ventas o con su productor de seguros. Para ver el Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC), visite ProvidenceHealthPlan.com/SBC.



Cuándo presentar la solicitud

Presente la solicitud directamente a través de Providence Health Plan durante el Período de inscripción abierta desde el 1 de noviembre de 2024 hasta el 15 de diciembre de 2024 para que la fecha de entrada en vigencia de la cobertura sea el 1 de enero de 2025. Si presenta la solicitud entre el 16 de diciembre de 2024 y el 15 de enero de 2025, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura será el 1 de febrero de 2025. Después de que finalice el Período de inscripción abierta, debe tener un acontecimiento que reúna los requisitos para inscribirse durante un Período de inscripción especial. Puede presentar la solicitud y obtener cobertura del seguro médico durante un Período de inscripción especial si experimenta una pérdida involuntaria de la cobertura esencial mínima, excepto por la falta de pago de la prima, o si experimenta ciertos acontecimientos, como matrimonio o adopción. Para obtener más información y consultar una lista de acontecimientos que reúnen los requisitos, visite ProvidenceHealthPlan.com/QE.



Fechas de entrada en vigencia de acontecimientos que reúnen los requisitos

Durante el Período de inscripción especial, la fecha de entrada en vigencia de la cobertura está determinada por el acontecimiento que reúne los requisitos y por la recepción de la prima inicial por parte de Providence Health Plan. Si el acontecimiento que reúne los requisitos es un nacimiento, una adopción, una colocación para adopción o cuidado de acogida de un menor, o una orden judicial, la cobertura entrará en vigencia a partir de la fecha del acontecimiento. Si prefiere una fecha de entrada en vigencia futura, llame a Contabilidad de los Miembros al **888-816-1300 (TTY: 711)** para obtener instrucciones adicionales. Todos los demás acontecimientos que reúnen los requisitos entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de su solicitud completa por parte de Providence Health Plan.



Elegibilidad

Para contratar uno de nuestros planes, debe vivir en el área de servicio y ser residente del estado de Washington. Providence no duplica la cobertura de Medicare en los planes individuales y familiares. La persona que tenga derecho a la Parte A de Medicare o que esté inscrita en la Parte B de Medicare no es elegible para inscribirse en un plan individual y familiar de Providence Health Plan.



Solicitud y fechas de pago de las primas

Para presentar la solicitud directamente a través de Providence Health Plan, visite ProvidenceHealthPlan.com/Shop para usar nuestra herramienta de contratación e inscripción en línea. En el momento de enviar la solicitud en línea, se le indicará que realice el pago de su prima inicial.



Información de pago de la prima mensual

Después de inscribirse, la prima mensual del plan vence el primer día de cada mes. Providence Health Plan le recomienda que visite Providence.org/PremiumPay para configurar el pago recurrente a través del sistema de pagos electrónicos de Providence Health Plan. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Providence Health Plan no acepta ningún pago de primas realizado por un empleador o un tercero, excepto en la medida que lo permita la reglamentación estatal o federal.



Términos clave sobre seguros médicos

Consulte nuestro glosario en línea en ProvidenceHealthPlan.com/Glossary, en el que puede ver las explicaciones y las definiciones de los términos relacionados con los seguros médicos.



Aviso de prácticas de privacidad

Visite ProvidenceHealthPlan.com para obtener información sobre las prácticas de privacidad de Providence Health Plan. Puede obtener una copia del aviso de prácticas de privacidad de Providence Health Plan en ProvidenceHealthPlan.com/NOPP o por teléfono si llama al servicio de atención al cliente al **800-878-4445 (TTY: 711)**.

Aspectos destacados de los beneficios



Sin remisiones

Los planes de la red Providence Choice no exigen remisiones para las consultas a especialistas dentro de la red, lo cual permite tener un acceso más fácil a la atención que necesita.



Cubertura de beneficios completos

Las consultas virtuales y en las clínicas Providence ExpressCare están cubiertas de forma total. Acceda a citas presenciales para el mismo día o conéctese con un proveedor de atención en minutos mediante una tableta, un teléfono celular o una computadora.



Cobertura de atención alternativa

Todos los planes ofrecen manipulación quiropráctica (10 consultas por año calendario), acupuntura (12 consultas por año calendario) y masoterapia (10 consultas por año calendario), además de atención alternativa. Puede consultar a un naturópata u otros proveedores de atención alternativa para recibir los beneficios cubiertos, incluidos exámenes periódicos y citas de control del bienestar del bebé. Estos servicios están cubiertos con la misma tarifa que tendrían para un proveedor de atención primaria, siempre y cuando el proveedor de atención alternativa cuente con una licencia para prestar los servicios.



Portal del miembro seguro

myProvidence ofrece acceso a demanda a la información personalizada del plan médico mediante una tableta, un teléfono celular o una computadora. También es el lugar en el que los miembros pueden acceder a herramientas y recursos que los ayuden a gestionar y aprovechar al máximo la cobertura y los beneficios de atención médica.

myProvidence.com es el lugar en el que los miembros pueden hacer lo siguiente:

- Ver información sobre reclamos y la explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB)
- Controlar el progreso hacia su deducible y cantidad máxima que paga de su bolsillo
- Buscar un proveedor de la red en el directorio de proveedores
- Imprimir tarjetas de identificación de repuesto



Ahorro de costos en farmacias

¿Busca formas de ahorrar? En determinados planes, cuando realiza un pedido de un suministro para 90 días de medicamentos con receta a través de un pedido por correo, el costo será igual al de un suministro para 60 días. Se aplica únicamente a los niveles 1 a 4.

Opciones de atención

Con varias opciones para elegir, puede recibir la atención que necesita, a domicilio o presencial, en cualquier momento y en cualquier lugar.



Atención primaria

Visite a su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) para desarrollar una relación y establecer un historial médico personalizado. Si necesita un proveedor de atención primaria, visite myProvidence.com y seleccione "Find a Provider" (Buscar un proveedor) después de iniciar sesión. A continuación, elija "Primary Care Providers" (Proveedores de atención primaria).



Telesalud (cita por teléfono o videollamada)*

Coordine una cita telefónica para hablar con su proveedor desde donde sea que esté. Programe una consulta con su PCP o un especialista mediante una plataforma de videoconferencias como Zoom.



Línea de asesoría de enfermería 24/7 (ProvRN)

Hable con personal de enfermería registrado a cualquier hora y cualquier día de la semana si tiene una inquietud con respecto a la salud, un recién nacido enfermo o si simplemente necesita asesoría. Es un primer paso simple para determinar si necesita atención en persona. Tenga su número de identificación de miembro a mano y llame al **800-700-0481**.



ExpressCare virtual

Conéctese con proveedores de atención en minutos por teléfono o videollamada para tratar afecciones como resfriados comunes, gripe y fiebre o infecciones como conjuntivitis, laringitis o bronquitis. En estas consultas virtuales, se pueden resolver inquietudes médicas reproductivas y pediátricas, resurtir recetas y programar análisis de laboratorio o procedimientos. Para comenzar, visite Providence.org/Services/ExpressCare-Virtual.



Clínicas ExpressCare

Obtenga una cita presencial para el mismo día o acuda sin cita donde esté disponible. Trate afecciones comunes, como resfriados, dolor de garganta o alergias. La mayoría de las clínicas abren desde las 7:00 a. m. hasta las 7:00 p. m. o desde las 8:00 a. m. hasta las 8:00 p. m. (hora del Pacífico). Para buscar una sede y programar una cita, visite Providence.org/ExpressCare.



Atención de urgencia

La atención de urgencia es aquella a la cual recurre cuando no puede esperar a una cita de atención primaria por lesiones menores, como cortes, quemaduras y dolores. Para buscar una clínica de atención de urgencia, inicie sesión en myProvidence.com y seleccione "Find a Provider" (Buscar un proveedor). A continuación, elija "Find a Service or Place; Urgent Care Clinic" (Buscar un servicio o lugar; Clínica de atención de urgencia).



Atención de emergencia

Llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana si cree que su vida está en riesgo. Use este servicio si tiene síntomas como sospecha de infarto, dolor abdominal agudo, intoxicación o pérdida del conocimiento.

Para obtener más información, visite

ProvidenceHealthPlan.com/Care-Options.

* Sujeto a disponibilidad, llame al consultorio de su proveedor para preguntar si esta opción está disponible.

Paquete de servicios de salud conductual

Le ofrecemos más formas de acceder a la atención que necesita.

En Providence Health Plan, entendemos que la salud conductual no es una solución que se adapta a todos. Cada persona es única. Por eso, ofrecemos diversos servicios que pueden ayudarlo a sentirse respaldado y a lograr resultados positivos.

A continuación, hay un breve resumen de nuestro paquete de servicios.



Recursos para mayor bienestar

Recursos para relajarse y recargar energías

- Ahorros en masoterapia, yoga, meditación y más
- [ProvidenceHealthPlan.com/LifeBalance](https://www.providencehealthplan.com/LifeBalance)



Herramientas de autogestión conciencia plena

Orientación de salud

- [ProvidenceHealthPlan.com/HealthCoaching](https://www.providencehealthplan.com/HealthCoaching)
- Sesiones de orientación de salud individuales
- Establecimiento de metas personalizadas con pasos razonables
- Un programa diseñado para darle las herramientas necesarias para que alcance sus metas de salud

Learn to Live

- [LearnToLive.com/Welcome/ProvidenceHealthPlan](https://www.learnlive.com/Welcome/ProvidenceHealthPlan)
- Terapia virtual autodirigida para gestionar el bienestar mental
- Orientación individual, ejercicios de conciencia plena y seminarios web en vivo y a demanda
- Disponible en cualquier momento dentro de la aplicación



Telesalud/ virtual

Orientador de salud conductual

- [Providence.org/BHC](https://www.providence.org/BHC)
- Acceso rápido a atención directa con proveedores de Providence
- Horario extendido de 7:00 a. m. a 8:00 p. m. (hora del Pacífico), los siete días de la semana
- Ayuda para cuestiones como factores de estrés de la vida, salud mental y problemas de adicción
- Disponible para los miembros elegibles que residan en OR, WA, ID, CA, MT y TX

Talkspace

- [Talkspace.com/ProvidenceHealthPlan](https://www.talkspace.com/ProvidenceHealthPlan)
- Proveedor mediante telesalud de psicoterapia virtual para adolescentes (de 13 años en adelante) y adultos
- Se lo pondrá en contacto con un proveedor dentro del plazo de 48 horas
- Puede conectarse por mensaje de texto, llamada o videollamada
- Puede acceder a terapia, psiquiatría* o ambas

* Los psiquiatras tienen la capacidad de recetar medicamentos.

Para obtener más información, visite [ProvidenceHealthPlan.com/BehavioralHealth](https://www.providencehealthplan.com/BehavioralHealth)

Nuestros servicios en acción



Talkspace

Un 80%

opinó que Talkspace es igual de eficaz o más que la terapia tradicional



Orientador de salud conductual

El 42%

de los miembros no pedirían ayuda sin este servicio



Learn to Live

44%

de mejora en resultados psicométricos cuando se trabaja con un orientador de Learn to Live



Equip

El 81%

de los pacientes notan una mejora en los síntomas de los trastornos de la alimentación



Charlie Health

60%

de reducción en los síntomas de la depresión



Joon Care

87%

de eficacia en la recuperación de síntomas graves



Amplia red clínica



Gestión de la atención y apoyo para crisis

Equip

- Tratamiento virtual para trastornos de la alimentación
- Niños y adultos jóvenes de 6 a 24 años
- Tratamiento basado en la familia (family-Based Treatment, FBT) vinculado con un equipo multidisciplinario

Charlie Health

- Programa Virtual Intensivo para Pacientes Externos (Virtual Intensive Outpatient Program, vIOP)
- Adolescentes y adultos jóvenes de 11 a 30 años
- Planes de tratamiento personalizados, incluida terapia grupal y familiar/individual

Joon Care

- Apoyo en relación con el suicidio y las crisis
- Sesiones virtuales con un terapeuta certificado
- Adolescentes y adultos jóvenes de 13 a 26 años
- Disponible para los miembros elegibles que residan en OR, WA, TX, CA, DE, PA y NY

Red de salud conductual

- Acceso a nivel local y nacional
- Servicios presenciales y virtuales
- Atención específica según la edad (niños, adolescentes, adultos)
- Acceso a una red de salud conductual de especialidad

Directorio de proveedores

- [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/FindAProvider)
- Consulte el Directorio de proveedores y busque con su número de identificación de miembro
- Seleccione "Find a care provider" (Buscar un proveedor de atención)
- Seleccione "Mental Health/Substance Use Disorder" (Trastorno de consumo de sustancias/salud mental)

Centro de salud conductual

- Acceso inmediato las 24 horas, los 7 días de la semana
- Equipo capacitado para realizar la valoración de la gravedad ante una crisis
- Remisiones en tiempo real
- **800-878-4445 (TTY: 711)**

Servicios de atención de emergencia y urgencia

- Atención para pacientes hospitalizados y a domicilio
- Atención hospitalaria parcial

Llame o envíe un mensaje de texto al **988**, la línea telefónica para crisis y suicidio, si usted u otra persona que conoce necesitan ayuda inmediata ante una crisis.

Ventajas para los miembros

Explore los beneficios y los programas adicionales disponibles para cubrir cada aspecto de su vida.



One Pass Select™

Descubra cómo tener todo el cuerpo sano con un programa asequible. Elija un nivel de suscripción que se ajuste a su estilo de vida y acceda a aplicaciones de acondicionamiento físico, membresías a gimnasios y servicios de entrega de alimentos a domicilio. Inicie esta transición por menos de \$1 al día.



LifeBalance

LifeBalance les otorga a los miembros y a sus familiares descuentos en cosas que aman hacer, como ir al cine o tomarse unas vacaciones. Encontrará formas de mantenerse activo, reducir el estrés y ahorrar dinero en miles de compras relacionadas con viajes, bienestar, cultura y ocio.



Orientación de salud*

Independientemente de que desee aumentar su nivel de actividad, reducir el estrés, mejorar sus hábitos de alimentación, bajar de peso, dejar de fumar o simplemente sentirse mejor, hay un orientador de salud de Providence que puede ayudarlo. Estamos a su disposición para eliminar obstáculos, motivarlo cuando necesite un empujón y convertirnos en un recurso para su vida.



Travel Assistance®

Nos aliamos con Assist America Travel Assistance® para ofrecer apoyo logístico para necesidades médicas de emergencia cuando está lejos de casa. Reciba ayuda para la admisión rápida en un hospital calificado o la reposición de recetas que pueda haberse olvidado, y mucho más.



Protección de la identidad

Assist America lo protege del robo de la información personal y lo ayuda a restaurar su integridad si esta se usa para cometer un fraude. Guarde la información importante en un lugar seguro, y si se pierde o se la roban, aproveche el proceso de resolución rápido y simple.

Para obtener más información sobre lo que ofrece este beneficio, visite ProvidenceHealthPlan.com/Member-Perks.

* Se aplican criterios de elegibilidad y participación. Los servicios de orientación de salud no están disponibles para todos los miembros. Para determinar la elegibilidad del programa, comuníquese con el programa de orientación de salud.

¿Cómo elijo un plan?

Antes de elegir un plan médico para usted y su familia, hay varias cosas que debe tener en cuenta, por ejemplo: ¿Cuánto cuesta el plan? ¿Cuánta atención necesitará? ¿Tiene alguna afección crónica? ¿Actualmente toma algún medicamento? Estas son tan solo algunas de las preguntas importantes que debe meditar a la hora de buscar un plan que le proporcione el equilibrio correcto entre su prima mensual y los costos que paga de su bolsillo.

Elegir la red adecuada también es muy importante cuando se piensa en cómo acceder a los servicios de atención médica que se necesitan. Su red está formada por proveedores y centros con los cuales su plan médico tiene contratos. Simplemente, asegúrese de comprobar que sus doctores estén cubiertos en su área de servicio.

Cómo elegir el plan correcto

Gold, Silver o Bronze, ¿qué plan es el adecuado para usted? Hay muchas cuestiones que debe tener en cuenta. Todo comienza por cuánta atención prevé que necesitarán usted y su familia. Según el nivel que elija, la prima y los costos que paga de su bolsillo variarán. Pero hay algo que nunca cambia: la calidad de la atención que recibe.

A continuación, hay una guía rápida de los distintos niveles, lo que ofrecen y a quienes les resultan más útiles:



Gold

Si acude al doctor, u otros especialistas, con frecuencia o prevé que necesitará mucha atención (más que solo atención preventiva), el nivel Gold probablemente sea la opción correcta. Las primas son más altas, pero los costos que paga de su bolsillo son inferiores.



Silver

El nivel Silver ofrece un excelente equilibrio entre la cantidad de atención que necesitará durante el año y las primas y los costos que paga de su bolsillo asequibles. Es ideal para las personas que acuden a sus doctores o especialistas con cierta regularidad, pero no tanto como lo hace una persona del nivel Gold.



Bronze

Si mayormente tiene un buen estado de salud y no suele necesitar atención, el nivel Bronze es una buena opción. Las primas son las más bajas de los tres niveles, mientras que los costos que paga de su bolsillo tienden a ser superiores.

Asistencia de ventas

Para recibir asistencia de ventas, llámenos al **800-988-0088 (TTY:711)** o visite **[ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://www.providencehealthplan.com/shop)**.



Buscar un proveedor

Personalice su búsqueda de proveedores en tres pasos simples.

Es fácil encontrar proveedores dentro de la red mediante el directorio de proveedores en línea. Ya sea que necesite un proveedor de atención primaria, un especialista, una institución médica residencial, una farmacia o un centro, encontrará lo que busca en tan solo unos pocos clics.

Así es cómo se busca un proveedor:

01 Búsqueda
Visite [ProvidenceHealthPlan.com/FindAProvider](https://www.providencehealthplan.com/FindAProvider) para acceder a una lista completa de los proveedores, las farmacias y los centros dentro de la red

02 Filtre su búsqueda
Seleccione "Find a care provider" (Buscar un proveedor de atención) y, a continuación, busque por tipo de proveedor, servicio o lugar

03 Personalice los resultados
Use el menú de la izquierda para personalizar más su búsqueda con identificadores personales

Filtre los resultados por lo siguiente:

- Tipo/especialidad
- Lugar
- Afiliación a un hospital
- Género
- Idiomas que habla
- Raza y etnia
- Comunidades religiosas
- Identidad personal
- Competencia cultural
- LGBTQ+
- Comunidades de interés

Si necesita asistencia, llame a Servicio al cliente al **800-878-4445 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico).

Institución médica residencial

Los miembros tienen opciones infinitas a la hora de acceder a la atención adecuada. La institución médica residencial coloca las necesidades de los miembros en el centro de cada experiencia de atención médica.

La institución médica residencial es un modelo de atención médica basada en un equipo que está liderado por un proveedor de atención primaria. Este proveedor trabaja con otros profesionales de la salud para coordinar su atención (como enfermeros, especialistas y farmacéuticos). Esto se denomina su "equipo de atención médica". Los miembros de su equipo trabajan en conjunto para asegurarse de estar alineados en lo que respecta a su salud.



Su proveedor de atención primaria, el doctor o enfermero que lidera su equipo de atención médica, escucha lo que necesita y orienta su atención.



Otros proveedores de atención médica, como su equipo de atención médica, que se familiarizarán con usted y su situación médica personal.



Un plan de atención coordinada para que usted, su equipo de atención y el plan médico estén alineados. Si todos trabajan en conjunto, no tendrá que repetir su historial cada vez que vea a alguien.



Beneficios de tener una institución médica residencial

Con una institución médica residencial de Providence, podrá acceder con mayor facilidad a la mejor atención.

- Tendrá una experiencia personalizada con un equipo médico que conoce su historial médico detallado.
- Accederá a proveedores preferidos en lugares prácticos para que no tenga que buscar uno por su cuenta.
- Habrá un equipo integral que le brinde atención y la gestione, inclusive para coordinar citas y recetas en la medida en que sean necesarias.



Planes de Columbia

Aspectos destacados del plan:

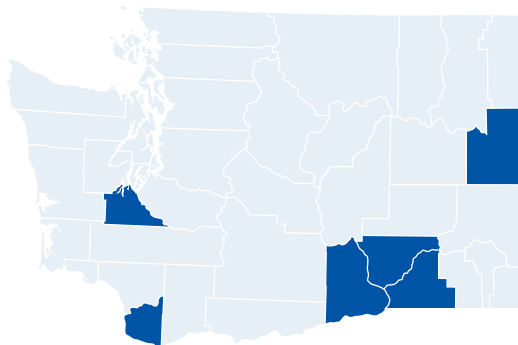
- ✓ Los servicios de manipulación quiropráctica, acupuntura y terapia de masajes están cubiertos dentro de la red.
- ✓ Los planes de Columbia no exigen remisiones para especialistas.
- ✓ No se incluyen beneficios fuera de la red en este plan. Debe usar un proveedor de la red para recibir beneficios, excepto para servicios de atención de emergencia y urgencia.
- ✓ Puede consultar a un naturópata dentro de la red para recibir los beneficios cubiertos, incluso exámenes periódicos y citas de control del bienestar del bebé. Estos servicios están cubiertos con la misma tarifa que tendrían para un proveedor de atención primaria, siempre y cuando el proveedor de atención alternativa cuente con una licencia para prestar los servicios.

Visite ProvidenceHealthPlan.com/Shop para comparar planes, ver tarifas e inscribirse.

La red Providence Choice

Una red de clínicas de atención primaria designadas como instituciones médicas residenciales en estos condados:

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



Planes de Columbia	Columbia 1500 Gold Dentro de la red (No hay beneficios fuera de la red)	Columbia 5000 Silver Dentro de la red (No hay beneficios fuera de la red)	Columbia 8900 Bronze Dentro de la red (No hay beneficios fuera de la red)
Deducibles			
Deducible anual individual (1 persona)	\$1,500	\$5,000	\$8,900
Deducible anual, familiar (2 personas o más)	\$3,000	\$10,000	\$17,800
Máximo anual que paga de su bolsillo, individual (1 persona)	\$8,200	\$8,900	\$8,900
Máximo anual que paga de su bolsillo, familiar (2 personas o más)	\$16,400	\$17,800	\$17,800

Después de alcanzar el deducible, pagará las siguientes cantidades por los servicios cubiertos. El deducible no se aplica a los servicios marcados con un ✓.

Atención preventiva			
Exámenes médicos periódicos y controles de bienestar del bebé (de cualquier proveedor certificado para prestar el servicio)	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓
Consultas prenatales en el consultorio de maternidad	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓
Examen ginecológico anual y prueba de Papanicolaou	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓
Mamografías	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓
Pruebas de detección de cáncer colorrectal (preventivas para personas 45 años en adelante)	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓

Consultas en consultorio para servicios médicos			
Proveedor de atención primaria (PCP)	\$30✓	\$45✓	\$70✓
Consultas virtuales de ExpressCare	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓
Proveedor de atención alternativa	\$30✓	\$45✓	\$70✓
Especialista	\$50✓	\$65✓	\$100✓

Servicios hospitalarios			
Servicios hospitalarios para pacientes internados y atención de maternidad	20%	35%	Se cubre de forma total

Atención de urgencia y emergencia			
Servicios de emergencia (todos los servicios se tratan como si fueran dentro de la red)	\$250, luego el 20%	\$250, luego el 35%	Se cubre de forma total
Servicios de atención de urgencia (Se aplica el deducible fuera de la red)	\$50✓	\$65✓	\$100✓

La tabla continúa en la siguiente página

Planes de Columbia	Columbia 1500 Gold Dentro de la red (No hay beneficios fuera de la red)	Columbia 5000 Silver Dentro de la red (No hay beneficios fuera de la red)	Columbia 8900 Bronze Dentro de la red (No hay beneficios fuera de la red)
Servicios de diagnóstico para pacientes externos			
Radiografías y servicios de laboratorio	20%✓	35%✓	Se cubre de forma total
Servicios de imágenes de alta tecnología (como tomografía por emisión de positrones, tomografía computada, resonancia magnética)	20%	35%	Se cubre de forma total
Servicios de salud mental y por trastornos por consumo de sustancias			
Servicios para pacientes hospitalizados y residenciales	20%	35%	Se cubre de forma total
Consultas con proveedores fuera de la red	\$30✓	\$45✓	\$70✓
Otros servicios cubiertos			
Cirugía para pacientes externos en un centro quirúrgico ambulatorio	10%	25%	Se cubre de forma total
Manipulación quiropráctica (limitada a 10 consultas por año calendario)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Acupuntura (limitada a 12 consultas por año calendario)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Terapia de masajes (limitada a 10 consultas por año calendario)	\$25✓	\$25✓	\$25✓
Medicamentos con receta			
Nivel 1	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓
Nivel 2	\$10✓	\$25✓	\$35✓
Nivel 3	\$50✓	\$70✓	Se cubre de forma total
Nivel 4	50%	50%	Se cubre de forma total
Nivel 5	50% con \$200 de límite por receta	50% con \$200 de límite por receta	Se cubre de forma total
Nivel 6	50%	50%	Se cubre de forma total
Máximo para insulina			
30 días de suministro	\$35✓	\$35✓	\$35✓
Servicios de la vista pediátricos (niños de 18 años o menos)			
Exámenes oculares de rutina	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓
Material óptico (marcos, lentes, lentes de contacto); se aplican límites	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓	Se cubre de forma total✓

Contrate un plan de Columbia en [ProvidenceHealthPlan.com/Shop](https://www.providencehealthplan.com/shop) o a través de su productor de seguros local.

✓El deducible no se aplica para estos servicios.

Se excluye la interrupción del embarazo, a menos que haya una amenaza grave para la salud de la madre o si no se puede mantener con vida al feto. Providence tiene una objeción por motivos religiosos a prestar este servicio en otras circunstancias. Sin embargo, las personas inscritas en este plan tienen cobertura de servicios de interrupción del embarazo no cubiertos en virtud de este plan a través del Programa de Planificación Familiar del Departamento de Salud de Washington (Washington Department of Health). Para obtener información sobre cómo recibir estos servicios, comuníquese con la línea de servicio al cliente del Departamento de Salud al 1-877-501-2233. No tiene la obligación de avisar a Providence Health Plan ni interactuar con esta de ninguna forma con respecto a estos servicios no cubiertos.

Declaración sobre la no discriminación

Providence Health Plan y Providence Health Assurance respetan las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discriminan en virtud de características como raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo. Providence Health Plan y Providence Health Assurance no excluyen a las personas ni las tratan de forma diferente por su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo.

Providence Health Plan y Providence Health Assurance:

Proporcionan ayudas y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de forma eficaz con nosotros, por ejemplo:

- Intérpretes de lengua de señas calificados
- Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)

Proporcionan servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:

- Intérpretes calificados
- Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, puede llamarnos al **503-574-7500** o **800-878-4445 (TTY: 711)**.

Si cree que Providence Health Plan y Providence Health Assurance no le proporcionaron estos servicios o lo discriminaron de otra forma en virtud de su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, orientación sexual, religión, identidad de género, estado civil o sexo, puede enviarle un reclamo por correo a nuestro coordinador antidiscriminación.

Providence Health Plan and Providence Health Assurance

Attn: Ronni Nichuals, Non-discrimination Coordinator

P.O. Box 4158

Portland, OR 97208-4158

Teléfono: **503-574-6236**

Fax: **503-574-8757**

Correo electrónico: **Ronni.Nichuals@Providence.org**

Si necesita ayuda para presentar un reclamo, llámenos al **503-574-7500** o **800-878-4445 (TTY: 711)** para que lo asistamos.

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de forma electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, que está disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/orc/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building

Washington, DC 20201

Teléfono: **800-368-1019** o **800-537-7697 (TTY)**

Hay formularios de queja disponibles en <https://hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Los miembros de los planes de Oregon pueden presentar una queja ante la División de Regulación Financiera al **888-877-4894** o en <https://dfr.oregon.gov/pages/index.aspx>.

Los miembros de los planes de Washington pueden presentar una queja ante la Oficina del Comisionado de Seguros de Washington (Washington Office of the Insurance Commissioner) de forma electrónica a través del portal de la Oficina del Comisionado de Seguros de Washington en <https://insurance.wa.gov/file-complaint-or-check-your-complaint-status>, o por teléfono al **800-562-6900** o **800-537-7697 (TTY: 711)** o en www.insurance.wa.gov. Hay formularios de queja disponibles en <https://fortress.wa.gov/oic/onlineServices/cc/pub/complaintinformation.aspx>.

Información de acceso en otros idiomas

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).



Salud para todos

Estamos comprometidos a trabajar a la par de las comunidades en las cuales prestamos servicios, a aprender sobre los desafíos únicos de la atención médica y a crear soluciones tangibles para hacer que la atención médica sea más equitativa y accesible.

Asistencia de ventas

800-988-0088 (TTY: 711)

De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.

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.**

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.

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"/> N/A: I don't know. |
| <input type="checkbox"/> Spanish | <input type="checkbox"/> Simplified Chinese | <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> N/A: 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.



Asistencia de ventas



800-988-0088 (TTY: 711)

De 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora del Pacífico), de lunes a viernes.



ProvidenceHealthPlan.com/Shop

