

# Formulario de inscripción/cambio de estatus/renuncia para 2021

P.O. Box 4327, Portland, OR 97208-4327, 800-878-4445, ó bien: [ProvidenceHealthPlan.com](http://ProvidenceHealthPlan.com).



Favor de llenar **todos** los datos del formulario. Se requiere dicha información para procesar su inscripción.

NOMBRE DEL GRUPO DEL EMPLEADOR	No. DEL GRUPO	FECHA de su CONTRATACIÓN / /	Fecha de entrada en vigor de la solicitud / /
CLASE / SUBGRUPO	<input type="checkbox"/> Inscripción nueva <input type="checkbox"/> Inscripción abierta <input type="checkbox"/> Renuncia de cobertura <small>(véase sección 4)</small>		Fecha de inicio de espera de aprobación / /
No. DE ID DEL SUSCRITO	<input type="checkbox"/> Cambio de estatus actual:		Fecha del evento (de cambio de estatus) / /
Fecha inicio de continuación COBRA / estatal: ___/___/___		Motivo de este cambio* (véase ejemplos aquí ↓)	
Fecha fin de continuación COBRA/estatal: ___/___/___		* Ejem. de motivos: empleado elegible contratado de nuevo; matrimonio; divorcio; muerte; adopción; cambio de dependientes (más / menos); cambio de domicilio o nombre; pérdida de cobertura involuntaria o de otro tipo; continuación de COBRA o estatal.	
<b>Como miembro de Choice, debe escoger un hogar médico (Medical Home); véase el respectivo formulario en la pág. 3.</b>			
DEDUCIBLE / COPAGO			

**1. Empleado** NOMBRE: \_\_\_\_\_ APELLIDO: \_\_\_\_\_ Inicial 2do: \_\_\_ Fecha Nac: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SS: \_\_\_\_\_  
 EDO. CIVIL:  Casado  Soltero SEXO:  Masculino  Femenino Tel: \_\_\_\_\_ Correo-e: \_\_\_\_\_

**2a. Información para inscripción de dependientes dentro del área** (si va a renunciar a la cobertura, véase pregunta 4).

MÁS	MENOS	1er NOMBRE	APELLIDO	Inicial	PARENTESCO	SEGURO SOCIAL	FECHA NAC.	SEXO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F

**2b. Información para inscripción de dependientes fuera del área** (si va a renunciar a la cobertura, véase pregunta 4).

MÁS	MENOS	1er NOMBRE	APELLIDO	Inicial	PARENTESCO	SEGURO SOCIAL	FECHA NAC.	SEXO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
		Domicilio:		Cd.		Edo.	Zip:	M / F
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							M / F
		Domicilio:		Cd.		Edo.	Zip:	M / F

**3. Datos adicionales y/o cobertura acreditable** (esta sección no es la renuncia de cobertura pero se requiere para datos de pagos de sus reclamos). ¿Cuenta Ud. o algún familiar con seguro médico de grupo adicional y/o Medicare?  SÍ  NO En caso afirmativo, marque el o los tipos de cobertura:  Médico  Medicamentos de receta  De la vista

\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA de NAC del TITULAR

\_\_\_\_\_ NOMBRE de la CÍA. DE SEGURO

\_\_\_\_\_ No. de PÓLIZA

\_\_\_\_\_ FECHA EN QUE ENTRÓ EN VIGOR LA PÓLIZA

\_\_\_\_\_ TEL. de CÍA de SEGURO

\_\_\_\_\_ NOMBRE(S) COMPLETO(S) DE LA(S) PERSONA(S) CON COBERTURA

¿Ha tenido Ud. anteriormente cobertura de un plan de salud Providence Health Plan?  NO  SÍ (anote número de ID previo): \_\_\_\_\_

**4. Datos de renuncia de cobertura** (incluya aquí nombres de miembros elegibles **pero que NO se van a inscribir** en un plan de Providence).

Persona que renuncia cobertura	TIPO DE COBERTURA (INDIVIDUAL/ GRUPO EMPLEADOR /MEDICARE)	NOMBRE del PLAN de SALUD	No. de PÓLIZA	NOMBRE del GRUPO EMPLEADOR

**Aviso:** si va a rehusar la inscripción suya o de sus dependientes (incluso la de su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro médico, podrá en lo futuro inscribirse Ud. o sus dependientes en este plan, siempre y cuando solicite la inscripción dentro de 30 días después de terminar la otra cobertura. Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrá inscribirse Ud. mismo y sus dependientes, siempre y cuando lo solicite dentro de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

**Comunicación:** mediante mi firma autorizo a Providence Health Plan y sus afiliados o vendedores enviarme información sobre planes de salud por texto y/o por correo-e usando mis datos de contacto que he anotado en el presente formulario. Entiendo que dicha comunicación no incluye publicidad comercial o material promocional y que podré anular dicha autorización en cualquier momento enviando la respectiva petición a Providence Health Plan.

No deseo recibir mensajes por correo-e o por texto de parte de los planes de salud Providence Health Plan.

**Datos de inscripción correctos:** cualquier persona que con conocimiento de causa intente defraudar mediante la presente solicitud mediante datos falsos o que encubra material de información, podría quedar sujeta a multa criminal civil, y Providence Health Plan podrá cancelar la membresía de tal persona, y negarse a pagar los reclamos de la misma.

**Autorización de deducción de nómina:** autorizo a mi patrón descontar las respectivas contribuciones de mi paga por la cobertura solicitada en este formulario de inscripción. La autorización aplica a dicha cobertura hasta que yo la anule por escrito (no aplica a COBRA, continuación estatal o a su renuncia).

**Aceptación de quien suscribe:** acepto y entiendo que Providence Health Plan podrá exigir o divulgar datos de mi salud –que no sean apuntes psiquiátricos de mí o de mis dependientes (listados en este formulario para recibir beneficios de cobertura)– con el fin de: **(a)** efectuar operaciones de negocio de los planes de

salud Providence Health Plan; **(b)** facilitar tratamientos de atención médica; **(c)** hacer pagos por servicios médicos; o **(d)** como lo exija la ley. El uso o divulgación de apuntes psicoterapéuticos por parte de Providence Health Plan se limita las circunstancias en las que el paciente haya firmado la respectiva autorización.

Para más información sobre dichos usos y divulgación, incluso la divulgación que la ley requiera, favor de referirse al aviso de prácticas de privacidad (Notice of Privacy Practices). Se puede obtener una copia de éste en: [ProvidenceHealthPlan.com](http://ProvidenceHealthPlan.com) o llamando al Servicio de atención al cliente.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Formulario de selección de (hogar médico) Providence Medical Home

NOTA: si es miembro de un **PEBB\*** Providence Choice, favor de utilizar el formato específico de selección '**PEBB Medical Home**'.

\*. **PEBB** = Siglas en inglés de Consejo de beneficios para empleados públicos.

### Acerca de este formulario

Ciertos de nuestros planes utilizan un equipo de profesionales sanitarios dirigido por un proveedor de atención primaria en una clínica designada para ello llamada '*Medical Home*' donde se programa y se prestan los servicios de cuidados de la salud.

Para aprovechar al máximo los beneficios y el valor del plan de su hogar médico, por favor seleccione al respectivo proveedor para usted y para cada dependiente inscrito. Puede elegir el mismo hogar médico o uno diferente ya sea para usted o para sus dependientes. En caso de no escoger Ud. un hogar

médico, nosotros seleccionaremos uno por usted. Las selecciones del hogar médico se pueden hacer a través de [myProvidence.org\\*\\*](https://myprovidence.org), llamando al Servicio de atención al cliente: 503-574-7500 ó al 800-878-4445 (TTY: 711), o llenando la sección abajo y enviándola por fax a: 503-574-8208; o regresándola por correo-e a: [MedicalHomeSelectionForms@providence.org](mailto:MedicalHomeSelectionForms@providence.org), o también, por correo postal al apartado:

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

### 1. Datos de quien subscribe

1er NOMBRE		Inicial 2do	APELLIDO	
No. de ID de MIEMBRO	No. de GRUPO	TEL. suyo	HOGAR MÉDICO	

### 2. Datos de los dependientes y selección del hogar médico (*Medical Home*)

Favor de indicar a continuación la información de miembro y su elección de hogar médico. Refiérase al directorio de proveedores disponible en [ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory](https://ProvidenceHealthPlan.com/providerdirectory) o en el listado Medical Home para más opciones de estos. Si necesita más espacio abajo, anote en una hoja por separado.

1er NOMBRE	APELLIDO	Inicial 2do	No. ID MIEMBRO	HOGAR MÉDICO (VÉASE DIRECTORIO DE PROVEEDORES)

### Contactos para información de su plan

Para más información sobre los beneficios de su plan y/o datos acerca de un hogar médico específico (en inglés '*medical home*'), por favor comuníquese con el Servicio de atención al cliente al: 503-574-7500 ó al 800-878-4445 ó bien, visite [ProvidenceHealthPlan.com/contactus](https://ProvidenceHealthPlan.com/contactus).

\*\* . Es decir, después de inscribirse y de crear su cuenta gratuita ([myProvidence account](https://myprovidence.org)).