

Formulario de afiliación/cambio

PARA GRUPOS



Enviar a: 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833
Envíelo por fax seguro a: 916.568.0334
Actualización en línea: eBill en westernhealth.com
Elegibilidad/facturación: 888.442.2206 ó 916.563.2206

NUEVA INSCRIPCIÓN

- Grupo nuevo Inscripción abierta
- Recién contratado — fecha de contratación: _____
- Recién cumple con los requisitos — razón: _____
- _____
- COBRA — fecha de vigencia: _____

Instrucciones: Complete todo el formulario. **Seleccione un médico de atención primaria (PCP)** para usted y cada uno de los miembros de su familia del Directorio de Proveedores y escriba su nombre y número de identificación en el espacio correspondiente.

CAMBIOS

- Para realizar cambios, N.º ID del afiliado: _____
- Agregar dependiente *
 - Agregar recién nacido/niño recién adoptado *
 - Eliminar dependiente — fecha de entrada en vigor: _____
 - Cambio de nombre Cambio de domicilio

* Fecha del acontecimiento que califica (si es fuera del periodo de afiliación): _____

Instrucciones: Llene la información en negrita (obligatoria) en la Sección I y cualquier sección correspondiente al cambio que está realizando.

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

Empleador _____ **Plan de Beneficios** _____ **Fecha de entrada en vigor** _____
N.º de grupo _____ **Clase** _____ **Sub-grupo** _____

SECCIÓN I — INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Empleado, Nombre _____ **Apellido** _____ **Inicial del 2do nombre** _____

Número de Seguro Social _____ **Fec. de Nac.** _____ **Sexo** Masculino Femenino

Domicilio (obligatorio) _____ **Apt./Unidad** _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Dirección postal (si es diferente) _____ Apt./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Título laboral _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del PCP _____ N.º ID _____ Grupo médico _____

Paciente existente Sí No

¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No

¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan.

- Prefiero no responder Blanco/caucásico Indio americano/Indio de Alaska Asiático
- Negro/Afroamericano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro _____

¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

SECCIÓN II — INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES

Agregar Eliminar Cónyuge Compañero doméstico Sexo Masculino Femenino

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del 2do nombre _____

Número de Seguro Social _____ Fec. de Nac. _____ Paciente actual Sí No

Nombre del PCP _____ N.º ID _____ Grupo médico _____

¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No

¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan.

- Prefiero no responder Blanco/caucásico Indio americano/Indio de Alaska Asiático
- Negro/Afroamericano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro _____

¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

Empleado Nombre _____ Apellido _____

Agregar Eliminar Hijo, de hasta 26 años Discapacitado (debe cumplir con los criterios y comprobar la discapacidad) Sexo Masculino Femenino

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del 2do nombre _____

Número de Seguro Social _____ Fec. de Nac. _____ Paciente actual Sí No

Nombre del PCP _____ N.º ID _____ Grupo médico _____

¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No

¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan.

Prefiero no responder Blanco/caucásico Indio americano/Indio de Alaska Asiático

Negro/Afroamericano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro

¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro

¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro

Agregar Eliminar Hijo, de hasta 26 años Discapacitado (debe cumplir con los criterios y comprobar la discapacidad) Sexo Masculino Femenino

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del 2do nombre _____

Número de Seguro Social _____ Fec. de Nac. _____ Paciente actual Sí No

Nombre del PCP _____ N.º ID _____ Grupo médico _____

¿Es usted de origen latino, hispano o español? Prefiero no responder Sí No

¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan.

Prefiero no responder Blanco/caucásico Indio americano/Indio de Alaska Asiático

Negro/Afroamericano Hawaiano/Isleño del Pacífico Otro

¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Prefiero no responder Inglés Español Otro _____

Utilice formularios adicionales si es necesario para proporcionar información de todos los dependientes.

SECCIÓN III — OTROS DATOS SOBRE SEGURO MÉDICO

¿Alguno de los inscritos tiene alguna otra cobertura de salud o Medicare? Si la respuesta es sí, complete esta sección.

Nombre del asegurado(s) _____ Compañía de seguros _____ Fecha de entrada en vigor _____

Suscriptor de la cobertura _____ N.º de póliza/Reclamación de Medicare _____ Primario Secundario

Nombre del asegurado(s) _____ Compañía de seguros _____ Fecha de entrada en vigor _____

Suscriptor de la cobertura _____ N.º de póliza/Reclamación de Medicare _____ Primario Secundario

SECCIÓN IV — FIRMA OBLIGATORIA

Al firmar abajo, declaro haber leído, entendido y estar de acuerdo con los términos y acuerdo de arbitraje dispuestos a continuación. Cualquier reproducción de este formulario tendrá la validez del original.

- A. En mi nombre y en nombre de mis dependientes calificados, por medio del presente solicito cobertura de los servicios de atención médica ofrecidos por Western Health Advantage (WHA) por medio de mi empleador y convengo en ceñirme al Acuerdo de Servicio Colectivo de WHA, la Constancia de Cobertura y Formulario de Divulgación y este Formulario de Afiliación/Cambio.
- B. **ACUERDO DE ARBITRAJE: ACEPTO Y ENTIENDO QUE TODAS LAS DISPUTAS ENTRE MI PERSONA (INCLUIDOS MIS HEREDEROS O ASIGNADOS) Y WESTERN HEALTH ADVANTAGE, INCLUIDAS LAS DEMANDAS DE NEGLIGENCIA MÉDICA (ES DECIR EN CUANTO A QUE ALGÚN SERVICIO MÉDICO PRESTADO EN VIRTUD DEL PLAN HAYA SIDO INNECESARIO O NO AUTORIZADO O PRESTADO DE MANERA INAPROPIADA, NEGLIGENTE O INCOMPETENTEMENTE) SALVO LOS CASOS DE DEMANDAS POR CANTIDADES PEQUEÑAS Y LAS DEMANDAS SUJETAS A ERISA, SERÁN DETERMINADAS POR MEDIO DE ARBITRAJE VINCULANTE. NINGUNA DISPUTA DE ESA CLASE SE RESOLVERÁ POR MEDIO DE JUICIO NI SE RECURRIRÁ AL PROCESO DE LOS TRIBUNALES, SALVO LO DISPUESTO POR LAS LEYES DE CALIFORNIA EN CUANTO A RECONSIDERACIÓN JUDICIAL DE PROCESO DE ARBITRAJE. LAS PARTES, INCLUSO HEREDEROS O ASIGNADOS, DE ESTE ACUERDO DE ARBITRAJE RENUNCIAN A SU DERECHO CONSTITUCIONAL DE QUE DICHA DISPUTA SEA DECIDIDA EN UN TRIBUNAL ANTE UN JURADO Y EN SU LUGAR ACEPTAN EL USO DE ARBITRAJE VINCULANTE.**

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

A mi mejor saber y entender la información contenida en el presente es fiel y exacta. Por medio del presente declaro que los empleados y dependientes presentados ante WHA para cobertura satisfacen todos los requisitos de elegibilidad dispuestos en el Acuerdo de Servicio Colectivo entre WHA y el grupo del empleador.

Firma del empleador: _____ Fecha: _____