

Formulario de afiliación/cambio: Inscritos del grupo

Western
Health
Advantage



Enviar por correo a: Western Health Advantage, Attn: Enrollment
2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833

Enviar por fax a: 916.568.0334

Enviar por correo electrónico a: eligibility@westernhealth.com

¿Preguntas? 916.563.2206, 888.442.2206 número gratuito u 888.877.5378 para TDD/TYY

NUEVA INSCRIPCIÓN: Complete todo el formulario.

Seleccione a un médico de atención primaria (PCP) para usted y para sus dependientes buscando en línea en choosewha.com/directory. Indique el nombre del médico, número de ID de Proveedor de WHA y grupo médico.

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

CAMBIOS: Complete la información necesaria (**en negrita**) en la Sección I y en cualquier sección correspondiente al cambio que está realizando.

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)

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

Empleador _____ Plan de Beneficios _____ Fecha de entrada en vigor _____
N.º de grupo _____ Clase _____ Subgrupo _____

SECCIÓN I — INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del empleado _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Número de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino

Dirección residencial _____ N.º de Apt./Unidad _____

Ciudad, Estado, Código postal _____

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

Ciudad, Estado, Código postal _____

Dirección de correo electrónico _____ Cargo _____

Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

Nombre del PCP _____ Número de ID de Proveedor de WHA _____

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 Pareja doméstica

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino

Nombre del PCP _____ Número de ID de Proveedor de WHA _____

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 _____

Nombre del empleado _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

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

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino

Nombre del PCP _____ Número de ID de Proveedor de WHA _____

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 _____

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

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

Número de Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Masculino Femenino

Nombre del PCP _____ Número de ID de Proveedor de WHA _____

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 _____

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 de los asegurados _____ Compañía de seguros _____ Fecha de entrada en vigor _____

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

Nombre de los asegurados _____ 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 INAPROPADA, 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 _____