

# 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](mailto: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](http://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 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 \_\_\_\_\_