

Formulario de inscripción/cambio: Inscritos del grupo



Enviar por correo a: Western Health Advantage, Attn: Inscripción
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 o 711 para 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 de ID del miembro: _____

- Agregar dependiente* Agregar recién nacido/niño recién adoptado*
- Eliminar dependiente — fecha de vigencia _____
- Cambio de nombre Cambio de domicilio

*Fecha del acontecimiento que califica (si es fuera del período de inscripción)

INFORMACIÓN SOBRE EL PLAN

Empleador _____ Plan de Beneficios _____ Fecha de vigencia _____
N.º de grupo _____ Clase _____ Sub-grupo _____

SECCIÓN I — INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del empleado _____ Apellido _____ Letra inicial del segundo nombre _____
N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección residencial _____ N.º de Apto./Unidad _____
Ciudad, Estado, Código postal _____
Dirección postal (si es diferente) _____ N.º de Apto./Unidad _____
Ciudad, Estado, Código postal _____
Dirección de correo electrónico _____ Cargo _____
Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____
Nombre del PCP _____ N.º de ID de Proveedor de WHA _____
Grupo médico _____ Paciente existente Sí No

¿Qué sexo le asignaron al nacer? Masculino Femenino Intersexual

Nota: Para brindarle un mejor servicio, visite el portal seguro para miembros de WHA, mywha.org, para indicar sus pronombres preferidos, orientación sexual e identidad de género.

¿Cómo describiría su raza? Marque todas las que correspondan Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático
 Negro o afroamericano Camboyano Chino Filipino Guameño o Chamorrón Hmong Samoano
 Vietnamita Blanco Japonés Coreano Laosiano Nativo hawaiano Otro isleño del Pacífico Otro asiático
 Otra raza Prefiero no responder Desconocido

¿Cuál es su etnia? Marque todas las que correspondan Mexicano, México americano o chicano/a
 No origen hispano, latino o español Cubano Guatemalteco Salvadoreño Puertorriqueño
 Otro origen hispano, latino o español Prefiero no responder Desconocido

¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar? Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe
 Armenio Camboyano Cantonés Chino Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo
 Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa
 Portugués Ruso Tagalog Tamil Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

¿Qué idioma prefiere para los materiales escritos? Inglés Español Árabe Armenio Braille Camboyano
 Cantonés Chino Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio
 Italiano Japonés Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog
 Tamil Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

SECCIÓN II — INFORMACIÓN SOBRE DEPENDIENTES

Agregar Eliminar | Cónyuge Pareja Doméstica

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

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

Grupo médico _____ Paciente existente Sí No

Sexo al nacer: Masculino Femenino Intersexual

Raza: Marque todas las que correspondan Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano
 Camboyano Chino Filipino Guameño o Chamorrón Hmong Samoano Vietnamita Blanco
 Japonés Coreano Laosiano Nativo hawaiano Otro isleño del Pacífico Otro asiático Otra raza
 Prefiero no responder Desconocido

Etnia: Marque todas las que correspondan Mexicano, México americano o chicano/a No origen hispano, latino o español
 Cubano Guatemalteco Salvadoreño Puertorriqueño Otro origen hispano, latino o español
 Prefiero no responder Desconocido

Idioma hablado: Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe Armenio Camboyano Cantonés
 Chino Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano
 Japonés Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil
 Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

Idioma escrito: Inglés Español Árabe Armenio Braille Camboyano Cantonés Chino
 Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés
 Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil Telugu
 Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

SECCIÓN II — DEPENDIENTE(S) ADICIONAL(ES)

Añadir Eliminar | Niño, de hasta 26 años Discapacitado (debe cumplir con los criterios y proporcionar prueba de discapacidad)

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

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

Grupo médico _____ Paciente existente Sí No

Sexo al nacer: Masculino Femenino Intersexual

Raza: Marque todas las que correspondan Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano
 Camboyano Chino Filipino Guameño o Chamorrón Hmong Samoano Vietnamita Blanco
 Japonés Coreano Laosiano Nativo hawaiano Otro isleño del Pacífico Otro asiático Otra raza
 Prefiero no responder Desconocido

Etnia: Marque todas las que correspondan Mexicano, México americano o chicano/a No origen hispano, latino o español
 Cubano Guatemalteco Salvadoreño Puertorriqueño Otro origen hispano, latino o español
 Prefiero no responder Desconocido

Idioma hablado: Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe Armenio Camboyano Cantonés
 Chino Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano
 Japonés Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil
 Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

Idioma escrito: Inglés Español Árabe Armenio Braille Camboyano Cantonés Chino
 Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés
 Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil Telugu
 Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

Nota: Para brindarle un mejor servicio, visite el portal seguro para miembros de WHA, mywha.org, para indicar pronombres preferidos, orientación sexual e identidad de género.

SECCIÓN II — DEPENDIENTE(S) ADICIONAL(ES)

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

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

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

Grupo médico _____ Paciente existente Sí No

Sexo al nacer: Masculino Femenino Intersexual

Raza: Marque todas las que correspondan Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano
 Camboyano Chino Filipino Guameño o Chamorrón Hmong Samoano Vietnamita Blanco
 Japonés Coreano Laosiano Nativo hawaiano Otro isleño del Pacífico Otro asiático Otra raza
 Prefiero no responder Desconocido

Etnia: Marque todas las que correspondan Mexicano, México americano o chicano/a No origen hispano, latino o español
 Cubano Guatemalteco Salvadoreño Puertorriqueño Otro origen hispano, latino o español
 Prefiero no responder Desconocido

Idioma hablado: Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe Armenio Camboyano Cantonés
 Chino Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano
 Japonés Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil
 Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

Idioma escrito: Inglés Español Árabe Armenio Braille Camboyano Cantonés Chino
 Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés
 Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil Telugu
 Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

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

Nombre _____ Apellido _____ Inicial del segundo nombre _____

N.º de seguro social _____ Fecha de nacimiento _____

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

Grupo médico _____ Paciente existente Sí No

Sexo al nacer: Masculino Femenino Intersexual

Raza: Marque todas las que correspondan Indio americano o nativo de Alaska Indio asiático Negro o afroamericano
 Camboyano Chino Filipino Guameño o Chamorrón Hmong Samoano Vietnamita Blanco
 Japonés Coreano Laosiano Nativo hawaiano Otro isleño del Pacífico Otro asiático Otra raza
 Prefiero no responder Desconocido

Etnia: Marque todas las que correspondan Mexicano, México americano o chicano/a No origen hispano, latino o español
 Cubano Guatemalteco Salvadoreño Puertorriqueño Otro origen hispano, latino o español
 Prefiero no responder Desconocido

Idioma hablado: Inglés Español Lenguaje de señas americano Árabe Armenio Camboyano Cantonés
 Chino Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano
 Japonés Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil
 Telugu Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

Idioma escrito: Inglés Español Árabe Armenio Braille Camboyano Cantonés Chino
 Formosana Francés Alemán Guyaratí Hebreo Hindi Hmong Indonesio Italiano Japonés
 Coreano Laosiano Mandarín Panyabí Persa Portugués Ruso Tagalog Tamil Telugu
 Tailandés Urdu Vietnamita Prefiero no responder Desconocido

Nota: Para brindarle un mejor servicio, visite el portal seguro para miembros de WHA, mywha.org, para indicar pronombres preferidos, orientación sexual e identidad de género.

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

SECCIÓN III — OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

¿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 vigencia _____

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

Nombre del asegurado(s) _____ Compañía de seguros _____ Fecha de vigencia _____

Suscriptor de la cobertura _____ N.º de póliza/Reclamo 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 elegibles, por medio de la 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 Grupal de WHA, la Evidencia de Cobertura y Formulario de Divulgación y este Formulario de Inscripción/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, EXCEPTO LO DISPUESTO POR LA LEY 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 _____