

# 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: \_\_\_\_\_