

**Formulario de inscripción en un plan médico patrocinado por un grupo de Anthem BC Health Insurance Company**

Se deben completar todos los campos del formulario			
<b>Nombre del patrocinador del grupo:</b> <b>Laborers Health and Welfare Trust Fund for Northern California</b>	<b>Núm. de grupo:</b> <b>CAEGR010</b>		
<b>Plan en el que se inscribirá:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Anthem Medicare Preferred (PPO)	<b>Fecha de entrada en vigencia solicitada de la cobertura:</b> ( __ / __ / ____ ) ( M M / D D / A A A A ) Por lo general, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes siguiente a la fecha de recepción de la inscripción, a menos que se solicite y autorice una fecha posterior.		
<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Inicial del segundo nombre:</b>	
<b>Fecha de nacimiento: (MM/DD/AAAA)</b> ( __ / __ / ____ )	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Número de teléfono: ( )</b> <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Dirección de residencia permanente (no incluya el apartado de correos):</b>			
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>	
<b>Dirección postal si difiere de la residencia permanente (puede incluir el apartado de correos):</b>			
<b>Dirección postal:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Dirección de correo electrónico:</b> _____ Solo Anthem BC Health Insurance Company podrá utilizar su dirección de correo electrónico para enviarle comunicaciones. No compartiremos su dirección de correo electrónico con nadie.			
Su información de Medicare:			
<b>Número de Medicare:</b> _____ <i>Nota: Es obligatorio proporcionar el número de Medicare para completar la inscripción. Si no proporciona su número de identificación de beneficiario de Medicare que figura en su tarjeta de identificación de Medicare, es posible que la inscripción en el plan sufra demoras.</i>			
Lea y conteste las siguientes preguntas importantes			
1. ¿Es usted el jubilado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", indique la fecha de jubilación (mes/día/año): _____ Si respondió "No", indique el nombre del jubilado: _____ Núm. de identificación de Medicare del jubilado: _____			
2. ¿Tiene otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre del plan médico? (p. ej., Aetna, Humana, Cigna) _____ ¿Cuáles son las fechas de entrada en vigencia de la cobertura? _____			
3. ¿Reside un centro de atención a largo plazo; por ejemplo, un hogar de ancianos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", proporcione la siguiente información: Nombre del centro: _____ Dirección (calle y número) y número de teléfono del centro: _____			

4. ¿Tendrá otra cobertura de medicamentos recetados (como VA o TRICARE), además de la de este plan?

Sí  No

Nombre de la otra cobertura: Número de miembro para esta cobertura: Número de grupo para esta cobertura:

Este documento puede estar disponible en otro formato, como en letra grande. Llame a nuestro equipo de bienvenida de primeras impresiones al **1-833-848-8729**, TTY: **711**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 9:00 p. m. (hora del este), excepto los días feriados, para solicitar información adicional o si tiene alguna pregunta.

**IMPORTANTE: Lea y firme a continuación:**

- Debo conservar Medicare Parte A y Parte B para permanecer en el plan que elegí.
- **“Divulgación de la información:** Al inscribirme en este plan Medicare Advantage, acepto que el plan divulgue mi información a Medicare y a otros planes, según sea necesario para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención de la salud. Asimismo, acepto que Anthem BC Health Insurance Company divulgue mi información, incluso mis datos de acontecimientos de medicamentos recetados a Medicare que, a su vez, podrá divulgarla con fines de investigación y otros fines acordes a las leyes y los reglamentos federales vigentes.
- Según mi leal saber y entender, la información de este formulario de inscripción es correcta. Entiendo que se cancelará mi inscripción en el plan si completo este formulario con información falsa, deliberadamente.
- Entiendo que los beneficiarios de Medicare generalmente no reciben la cobertura de Medicare cuando están fuera del país, salvo una cobertura limitada en áreas cercanas a la frontera de EE. UU.
- Entiendo que, cuando comience la cobertura de Anthem Medicare Preferred (PPO), tendré que obtener todos los beneficios médicos y de medicamentos recetados a través de Anthem BC Health Insurance Company. Estarán cubiertos los servicios y los beneficios que autorice Anthem BC Health Insurance Company y que se incluyan en el documento *Evidencia de Cobertura* de Anthem Medicare Preferred (PPO), también conocido como contrato del miembro o acuerdo de suscriptor. **Sin autorización, ni Medicare ni Anthem BC Health Insurance Company pagarán los servicios o los beneficios.**
- Entiendo que mi firma (o la firma de la persona autorizada legalmente para actuar en mi nombre) en este formulario de inscripción indica que he leído y comprendido el contenido del formulario. Si quien firma es un representante autorizado (como se describió anteriormente), esta firma certifica lo siguiente:
  - 1) Esta persona está autorizada, conforme a la ley estatal, a completar este formulario de inscripción; y
  - 2) La documentación que justifica esta autorización se encuentra disponible a pedido de Medicare.

**Firma:**

**Fecha de hoy:**

Si usted es el representante autorizado, firme en el espacio de arriba y complete los siguientes campos:

Nombre:

Dirección:

Número de teléfono:

Relación con el inscrito:

**Envíe este formulario de inscripción a la siguiente dirección:**  
**Laborers Funds Administrative Office of Northern California, Inc.**  
5672 Stoneridge Drive, Suite 100  
Pleasanton, CA 94588

Consulte la *Evidencia de Cobertura* de Anthem BC Health Insurance Company para obtener una lista completa de todos los beneficios, las condiciones, las limitaciones y las exclusiones de cobertura del plan.

Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Llame al equipo de bienvenida de primeras impresiones al número que se indica en este documento para solicitar servicios de intérprete.

Anthem BC Health Insurance Company es un plan LPPO que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Anthem BC Health Insurance Company depende de la renovación del contrato. Anthem BC Health Insurance Company es el nombre comercial de Anthem Insurance Companies, Inc. Licenciatario independiente de Blue Cross Association.

517710MUSSPMUB\_001\_NOCALA