

# Laborers Health and Welfare Trust Fund for Southern California

1123 Park View Dr., Suite 200 • Covina, CA 91724  
P.O. Box 3389 • Covina, CA 91722-5389  
T (626) 279-3000 • 1(800) 887-5679 • F (626) 279-3094

## Miembro Activo-Laborers' Organizing - (PPO Med/Rx Solamente)

### Instrucciones para el Formulario de Inscripción/Cambios



- El número en cada círculo a continuación representa la sección del formulario de inscripción.
- Estas instrucciones están destinadas a ayudarle a completar su Formulario de Inscripción/Cambios

1

### Información del Miembro/Empleado

- El Miembro/Empleado debe completar la información solicitada.
- Si usted es elegible para la Parte A o B de Medicare, o ha recibido un trasplante de riñón o está recibiendo diálisis renal, proporcione el Número de Reclamo de Seguro Médico (HICN, *por sus siglas en inglés*) y cualquier información aplicable. El no proporcionar esta información puede demorar la elegibilidad.

2

### Información de los Dependientes

- Inscriba a los miembros de la familia elegibles para ser cubiertos en la Sección 2. Si necesita líneas adicionales, puede completar un Formulario de Inscripción/Cambios adicional.
- Dependientes recién nacidos deben ser inscritos dentro de 30 días del nacimiento.
- Proporcione el comprobante de relación para cada dependiente que inscriba: Para establecer la elegibilidad, se requiere el Certificado de Matrimonio Original para su Cónyuge y Certificado de Nacimiento para cada hijo dependiente. (No se aceptarán fotocopias).
- Los hijos dependientes son elegibles para ser cubiertos por el Plan hasta cumplir 26 años de edad, y si no están actualmente inscritos, ahora puede elegir cobertura para sus hijos dependientes elegibles.
- Los hijos dependientes con discapacidad total y permanente pueden ser elegibles para la cobertura continua después de los 26 años de edad, según lo determinado bajo los términos del programa de beneficios aplicable.
- Si tiene cobertura con Medicare, Medi-Cal, o tiene otro seguro médico, debe proporcionar la información para que los beneficios puedan coordinarse.
- Proporcione el Número de Reclamo de Seguro Médico (HICN, *por sus siglas en inglés*) y cualquier información aplicable si es elegible para la Parte A o B de Medicare, o ha recibido un trasplante de riñón o está recibiendo diálisis renal. El no proporcionar esta información puede demorar la elegibilidad.
- Proporcione los números de seguro social para los hijos dependientes, ya que son necesarios para los informes de CMS y el IRS.

3

### Designación de Beneficiario(s) Para el Seguro de Vida

- Proporcione información de los beneficiarios que desee designar para recibir cualquier beneficio en caso de su muerte
- Se requiere su firma y la fecha en que firmó su designación

4

### Selección de Cobertura del Plan Médico

- Haga su selección de plan médico marcando la casilla del plan apropiado; completando cualquier información requerida; y leyendo el acuerdo del plan. Si no se realiza ninguna selección, usted será inscrito en el plan médico Laborers PPO.
- El Miembro/Empleado debe firmar y fechar el acuerdo del Plan..


### Cobertura para Recetas Medicas

- Su cobertura para recetas médicas es proporcionada por OptumRx. Información adicional sobre su cobertura está disponible en el folleto Resumen de Beneficios.

### Cobertura para Audífonos

- La cobertura para audífonos es a través de EPIC Hearing Healthcare. Información adicional sobre su cobertura está disponible en el folleto Resumen de Beneficios

**Para ver su elegibilidad y reclamaciones, y para acceder información de beneficios y formularios, visite nuestro sitio web en:**  
[www.socalaborers.org](http://www.socalaborers.org)



**Guarde una copia de las  
instrucciones para su  
referencia.**

# Laborers Health and Welfare Trust Fund for Southern California

1055 Park View Dr., Suite 111 • Covina, CA 91724  
P.O. Box 3389 • Covina, CA 91722-5389  
T (626) 279-3000 • 1(800) 887-5679 • F (626) 279-3094

## Uso Para el Fondo de Fideicomiso Solamente

Effective Enrollment/Change Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ PPO Plan - 276444 \_\_\_\_\_

**Miembro Activo-Laborers' Organizing -  
(PPO Med/Rx Solamente)  
Formulario de Inscripción/Cambios**

### SECCIÓN 1 - PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO Su idioma de preferencia es Inglés Español

<b>Nombre del Empleador:</b>	<b>Cargo:</b>	<b>Fecha de Contratación:</b>
------------------------------	---------------	-------------------------------

**Empleado, por favor proporcione su información en cada columna a continuación.**

**Cuando se haga un cambio de plan, usted debe haber participado en su plan actual por 12 meses.** Marque todas las acciones aplicables y proporcione la fecha efectiva del cambio/solicitud y los documentos justificantes. Si actualmente está inscrito en un plan y está haciendo un cambio, por favor recuerde revisar el Acuerdo de Arbitraje para cada plan (médico y/o dental), después lea y firme en la línea de firma para el arbitraje del Plan.

Apellido del Miembro	Nombre	Inicial	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Número de Seguro Social
Dirección para Envíos				Sindicato Local
Ciudad	Estado	Código Postal	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Teléfono de Casa (C)	Teléfono Móvil (M)	Teléfono de Trabajo (T)	Dirección de Correo Electrónico	

El método preferido para comunicarnos con usted es:  Correo Estándar  C  M  T Teléfono  Correo Electrónico

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

¿Está recibiendo Medicare?  No  Sí  
Parte A  Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_; Parte B  Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

Diálisis?  Sí  No  
Fecha Efectiva del Diálisis:  
\_\_\_\_\_

**(Si su respuesta es Sí, debe presentar una copia de su tarjeta de Medicare)**  
Número de Reclamo de Seguro Médico (HICN) o Número de Medicare: \_\_\_\_\_

Trasplante de Riñón?  Sí  No  
Fecha Efectiva del Trasplante:  
\_\_\_\_\_

Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad  
\_\_\_\_\_

<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Razón de Elección - Marque todo lo que corresponda y proporcione la fecha efectiva</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Añadir/Cambio - Marque todo lo que corresponda y proporcione la fecha efectiva *</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Razón de Inscripción:</b> <b>Proporcione la fecha:</b> _____ <b>y marque la razón a continuación:</b>	<input type="checkbox"/>	Añadir Cónyuge/Hijo Dependiente
<input type="checkbox"/>	Empleado Nuevo	<input type="checkbox"/>	Cambio de Nombre
<input type="checkbox"/>	Perdida de Cobertura	<input type="checkbox"/>	Cambio de Plan (12 Meses)
<input type="checkbox"/>	Otra Cobertura (Explicar): _____	<input type="checkbox"/>	Cambio de Dirección
		<input type="checkbox"/>	Cambio de Estado Civil
		<input type="checkbox"/>	Otro: _____
		<input type="checkbox"/>	Fecha Efectiva: _____
			<b>*Si no se proporciona una fecha, las solicitudes recibidas en o después del día 15 del mes, se harán efectivas a partir del 1º del mes siguiente a la recepción.</b>



**SECCIÓN 2- INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES** Inscriba a su cónyuge e hijos dependientes elegibles quienes serán cubiertos en el Plan. (Si tiene más de tres [3] hijos dependientes, por favor complete un Formulario de Inscripción adicional.)

<b>D1</b>	Apellido del Cónyuge		Nombre		Inicial		Número de Seguro Social		
	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			Fecha de Matrimonio (mes/día/año)			
	¿Está recibiendo Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí						¿Diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Parte A <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____; Parte B <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____ (Si su respuesta es Sí, debe presentar una copia de su tarjeta de Medicare)						Fecha Efectiva del Diálisis: _____		
	Número de Reclamo de Seguro Médico (HICN) o Número de Medicare: _____						¿Trasplante de Riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad _____						Fecha Efectiva del Trasplante: _____		
	¿Tiene cobertura a través de otro plan de salud grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, proporcione información abajo)								
Tipo de Cobertura:				A donde se envían las reclamaciones?			Nombre de titular de póliza		
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otro: _____							Número de Grupo/Póliza		
Nombre del Empleador			Dirección del Empleador (Ciudad, Estado, Código Postal)			Fecha Efectiva de la Póliza			
<b>D2</b>	Apellido del Hijo Dependiente		Nombre		Inicial		Número de Seguro Social		
	Es diferente la dirección al del empleado o suscriptor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, proporcione la dirección abajo)								
	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			¿Físicamente o Mentalmente Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Parte A <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____; Parte B <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____ (Si su respuesta es Sí, debe presentar una copia de su tarjeta de Medicare)						¿Diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Número de Reclamo de Seguro Médico (HICN) o Número de Medicare: _____						Fecha Efectiva del Diálisis: _____		
	Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad _____						¿Trasplante de Riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
							Fecha Efectiva del Trasplante: _____		
¿Tiene cobertura a través de otro plan de salud grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, proporcione información abajo)									
Tipo de Cobertura:				A donde se envían las reclamaciones?			Nombre de titular de póliza		
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otro: _____							Número de Grupo/Póliza		
Nombre del Empleador			Dirección del Empleador (Ciudad, Estado, Código Postal)			Fecha Efectiva de la Póliza			
<b>D3</b>	Apellido del Hijo Dependiente		Nombre		Inicial		Número de Seguro Social		
	Es diferente la dirección al del empleado o suscriptor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, proporcione la dirección abajo)								
	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			¿Físicamente o Mentalmente Discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Parte A <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____; Parte B <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____ (Si su respuesta es Sí, debe presentar una copia de su tarjeta de Medicare)						¿Diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Número de Reclamo de Seguro Médico (HICN) o Número de Medicare: _____						Fecha Efectiva del Diálisis: _____		
	Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad _____						¿Trasplante de Riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
							Fecha Efectiva del Trasplante: _____		
¿Tiene cobertura a través de otro plan de salud grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, proporcione información abajo)									
Tipo de Cobertura:				A donde se envían las reclamaciones?			Nombre de titular de póliza		
<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otro: _____							Número de Grupo/Póliza		
Nombre del Empleador			Dirección del Empleador (Ciudad, Estado, Código Postal)			Fecha Efectiva de la Póliza			

**SECTION 2 - DEPENDENT INFORMATION (Continued)**

(If you have more than three [3] dependent children, please complete an additional Enrollment Form.)

<b>D4</b>	Apellido del Hijo Dependiente	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social
	Es diferente la dirección al del empleado o suscriptor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, proporcione la dirección abajo)			
	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Físicamente o Mentalmente Discapitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Parte A <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____; Parte B <input type="checkbox"/> Fecha Efectiva: _____ (Si su respuesta es Sí, debe presentar una copia de su tarjeta de Medicare)		¿Diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha Efectiva del Diálisis: _____	
	Número de Reclamo de Seguro Médico (HICN) o Número de Medicare: _____ Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad _____		¿Trasplante de Riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha Efectiva del Trasplante: _____	
	¿Tiene cobertura a través de otro plan de salud grupal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si su respuesta es Sí, proporcione información abajo)			
	Tipo de Cobertura: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otro: _____		A donde se envían las reclamaciones?	Nombre de titular de póliza Número de Grupo/Póliza
Nombre del Empleador	Dirección del Empleador (Ciudad, Estado, Código Postal)		Fecha Efectiva de la Póliza	

**SECCIÓN 3 - DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO(S) Seguro de Vida es a través de Aetna Life Insurance Company of Hartford.**

Solicito que cualquier beneficio que se pague por mi muerte se le pague a los siguientes beneficiarios. Proporcione información de cada beneficiario a continuación. Si se necesitan más filas, puede completar un formulario adicional.

<b>1</b>	Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	Porcentaje
	Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal)				Relación
<b>2</b>	Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	Porcentaje
	Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal)				Relación

Al firmar a continuación, entiendo que esta Designación de Beneficiario está sujeta a todas las reglas respectivas de Laborers Health and Welfare Trust Fund for Southern California.

X \_\_\_\_\_  
 Se requiere la firma del Miembro para la Designación de Beneficiario Fecha

**SECCIÓN 4 - SELECCIÓN DE PLAN MÉDICO** 1. Select/Check the Plan's box. 2. Read the Plan's Arbitration Agreement. 3. (Member) Sign and date selected plan's signature box [✕].

**Opción de Plan Médico : Plan PPO de Laborers**

**Plan PPO de Laborers**

Los participantes en el Plan PPO de Laborers pueden recibir menos gastos de su propio bolsillo al recibir servicios de proveedores, en laboratorios e instalaciones que participan en la red Anthem Blue Cross' Prudent Buyer (Prudent Buyer).

**Acuerdo del Plan de Salud de Laborers:**

Si el Fondo de Fideicomiso paga beneficios para mi o en nombre mio o cualquier persona que aparezca como dependiente en este formulario cuando yo o tal persona no es, de hecho, elegible para los beneficios o si el Fondo de Fideicomiso de otra manera paga beneficios por error, acepto reembolsar de inmediato al Fondo de Fideicomiso en su totalidad por cualquier dinero pagado. También acepto que los Fideicomisarios, a su entera discreción, pueden deducir o compensar dicho dinero, acepto pagar todos los honorarios del abogado y el costo del Fondo de Fideicomiso, ya sea si tal acción proceda o no a juicio.

Los Fideicomisarios se reservan el derecho de cambiar, agregar o eliminar beneficios en cualquier momento.

El Plan PPO de Laborers utiliza la red Prudent Buyer. Entiendo que cuando utilizo Proveedores no participantes, Laboratorios no participantes o Instalaciones no participantes y otros Proveedores de Atención Médica, soy responsable de cualquier diferencia entre los gastos cubiertos y los cargos reales, así como cualquier deducible y copago porcentual. También entiendo que cualquier servicio preventivo recibido fuera de la red no estará cubierto.

X \_\_\_\_\_  
 Se Requiere la Firma para el Plan de Salud de Laborers Fecha

