

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 (PPO Med/Rx y Delta Dental)

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.

Designación de Beneficiario(s) Para el Seguro de Vida

3

- 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.

5

Selección de Cobertura del Plan Dental

- Haga su selección de plan dental 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 dental Laborers PPO.
- El Miembro/Empleado debe firmar y fechar el acuerdo del Plan.

6

Beneficios para la Vista

- Si usted es elegible para cobertura para la vista, su cobertura es proporcionada por Anthem Blue View Vision. Información adicional sobre su cobertura está disponible en el folleto Resumen de Beneficios.


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



**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 _____

_____ Delta Dental - 05419 _____

Miembro Activo (PPO Med/Rx y Delta Dental)

Formulario de Inscripción/Cambios

SECCIÓN 1 - PARA SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO

Su idioma de preferencia es Inglés Español

Nombre del Empleador:	Cargo:	Fecha de Contratación:
-----------------------	--------	------------------------

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

Quando 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: _____

Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad

Trasplante de Riñón? Sí No
Fecha Efectiva del Trasplante:

<input checked="" type="checkbox"/>	Razón de Elección - Marque todo lo que corresponda y proporcione la fecha efectiva	<input checked="" type="checkbox"/>	Añadir/Cambio - Marque todo lo que corresponda y proporcione la fecha efectiva *
<input type="checkbox"/>	Razón de Inscripción: Proporcione la fecha: _____ y marque la razón a continuación:	<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: _____
			<i>*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.</i>



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.)

D1	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: _____					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? <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: <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		
	D2	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: _____					¿Diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha Efectiva del Trasplante: _____	
Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad _____									
¿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			
D3		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: _____					¿Diálisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha Efectiva del Trasplante: _____
	Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad _____								
	¿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 2- INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES (Continuación)

(Si tiene más de tres [3] hijos dependientes, por favor complete un Formulario de Inscripción adicional.)

D4	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 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 Fecha Efectiva del Trasplante: _____	
	Razón por la Discapacidad si Menor de 65 años de edad _____			
¿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	
Nombre del Empleador		Dirección del Empleador (Ciudad, Estado, Código Postal)	Número de Grupo/Póliza	
			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.

1	Apellido	Nombre	Inicial	Número de Seguro Social	Porcentaje
	Dirección (Ciudad, Estado y Código Postal)				Relación
2	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. Seleccione/Marque la casilla del Plan 2. Lea el Acuerdo de Arbitraje del Plan 3. (Miembro) Firme y feche en el cuadro del plan seleccionado [X].**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**

SECCIÓN 5 - SELECCIÓN DE PLAN DENTAL

1. Seleccione/Marque la casilla del Plan 2. Lea el Acuerdo de Arbitraje del Plan
 3. (Miembro) Firme y feche en el cuadro del plan seleccionado [✕].

Opción de Plan Dental: Plan DeltaCare, Delta Dental (HMO)

DeltaCare, Plan HMO de Delta Dental (Si selecciona el plan HMO dental, se requiere su firma en la línea de firma para DeltaCare, el Plan HMO de Delta Dental.)

	Oficina Dental 1ra Opción	Dirección de la Oficina Dental	Oficina Dental 2da Opción	Dirección de la Oficina Dental
Empleado				
Cónyuge (D1)				
Hijo (D2)				
Hijo (D3)				
Hijo (D4)				

Divulgación de Delta Dental (Consulte la *Evidencia de Cobertura* completa y el formulario de Divulgación de Delta Dental para más detalles.)

Debe seleccionar un proveedor de la lista de la red e indicarlo en su Formulario de Inscripción/Cambios (nuevos inscritos). Puede optar por cambiar de proveedor dentro de la red poniéndose en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente de DeltaCare al 1 (800) 442-4234.

Los copagos de Delta Dental para sus beneficios se muestran en la *Evidencia de Cobertura* de DeltaCare USA Proporcionado por Delta Dental of CA bajo la leyenda titulada “*Highlights of your DeltaCare USA Program.*” Si los servicios dentales son proporcionados por un dentista de DeltaCare USA, usted es responsable del copago solamente. Si los servicios dentales que recibe son proporcionados por un dentista que no es un dentista de DeltaCare USA, usted es responsable del costo total del tratamiento.

Tenga en cuenta: Los servicios dentales que no son realizados por su dentista contratado seleccionado, o que no están cubiertos por las disposiciones para atención de emergencia (anotado en la evidencia del folleto de cobertura), deben ser pre-autorizados por Delta Dental para ser cubiertos por su programa DeltaCare USA. DeltaCare el Departamento de Servicio al Cliente puede ser alcanzado llamando al 1 (800) 422-4234.

X _____ Date _____
Se Requiere la Firma para el Plan DeltaCare, el Plan HMO de Delta Dental

**SECCIÓN 6 - PLAN PARA LA VISTA
 BLUE VIEW VISION**

Los participantes deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de Laborers Health and Welfare Plan para recibir beneficios de cobertura para la vista. Favor de consultar la Tabla de Beneficios en el folleto Resumen de Beneficios o el Resumen de la Descripción del Plan (SPD).

Participantes elegibles en Plan PPO deben consultar la tabla de beneficios de Blue View Vision para anteojos o lentes de contacto en el folleto Resumen de Beneficios.

Reembolso. Para reembolsos por sus reclamaciones para servicios para la vista, complete el formulario para reembolsos de Blue View Vision disponible en la parte posterior del folleto Resumen de Beneficios o en línea en <https://socalaborers.org/Members/HealthWelfareForms>. Reclamaciones para reembolsos deben enviarse a Blue View Vision. (Consulte la dirección que se encuentra en la parte inferior del formulario de reclamación de Blue View Vision.)

