

2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100
Sacramento, California 95833
916.563.2250; 888.563.2250 toll free or 711 for TTY
916.568.0126 fax



Estimado/Estimada Miembro:

Cuando se inscribe, y después, periódicamente, Western Health Advantage solicita información sobre otra cobertura médica que usted o su familia puedan tener. Complete y devuelva este formulario a WHA en el sobre con su dirección y franqueo pagado proporcionado o por fax al 916.568.0126.

Nota: Si no tiene otro seguro médico, no necesita devolver este formulario.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el departamento de Servicios para Miembros de WHA al 916.563.2250 (888.563.2250 gratis) o TTY 711, de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Gracias por su cooperación.

Atentamente,

Vanessa Jackson
Gerente, Servicios para Miembros
Western Health Advantage

.....
Nombre: _____

Identificación de miembro de WHA.: _____

Indique otra cobertura médica (excluyendo cobertura dental) que pueda tener usted o algún miembro de su familia. Otro tipo de cobertura: Salud Recetas Medicare

Si tiene Medicare ¿cómo cumplió con los requisitos usted o su familia?

Edad Discapacidad La enfermedad renal terminal (ERT)

Número de reclamo de seguro médico de Medicare (HICN), si corresponde: _____

Nombre del responsable de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Empleador del titular de la póliza: _____

Cobertura individual Cobertura familiar

Nombre de la compañía de seguros: _____ ID de póliza _____

Fecha efectiva: _____ Número de teléfono del plan _____

Nombre de los familiares cubiertos: _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada anteriormente es completa y precisa:

FIRMA DEL MIEMBRO

FECHA