

Formulario de Corrección/Discrepancia de Cobertura del Formulario 1095-B



Enviar por correo a: 2349 Gateway Oaks Drive, Suite 100, Sacramento, CA 95833
Envíelo por fax seguro a: 916.568.0334
¿Preguntas? Llame al 916.563.2250 | 888.563.2250 (número gratuito) | 888.877.5378 TDD/TTY

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR _____ NÚMERO DE ID DEL SUSCRIPTOR DE WHA _____
Correo electrónico _____
Teléfono de casa _____ Teléfono del trabajo _____

MOTIVO DE LA CORRECCIÓN

SUSCRIPTOR: Indicar la información correcta del **suscriptor**

- Nombre _____
- Fecha de nacimiento _____
- Número de seguro social _____
- Dirección* _____

DEPENDIENTE #1: Indicar la información correcta del siguiente número de ID de membresía

- Número de ID de membresía de WHA _____
- Nombre _____
 - Fecha de nacimiento _____
 - Número de seguro social _____

DEPENDIENTE #2: Indicar la información correcta del siguiente número de ID de membresía

- Número de ID de membresía de WHA _____
- Nombre _____
 - Fecha de nacimiento _____
 - Número de seguro social _____

DEPENDIENTE #3: Indicar la información correcta del siguiente número de ID de membresía

- Número de ID de membresía de WHA _____
- Nombre _____
 - Fecha de nacimiento _____
 - Número de seguro social _____

Utilice formularios adicionales para proporcionar la información corregida de los dependientes adicionales, cuando corresponda

MOTIVO DE LA DISCREPANCIA

- El suscriptor nunca recibió el formulario 1095-B de Western Health Advantage para el año tributario 20_____
- La cobertura de salud del suscriptor se terminó Indicar la fecha de término: _____
- Se ha(n) indicado el/los mes(es) incorrecto(s) de la cobertura del/de los suscriptor Indicar el/los mes(es) incorrecto(s): _____
- Se ha(n) indicado el/los mes(es) incorrecto(s) de la cobertura del dependiente(s) Indicar el/los mes(es) incorrecto(s): _____
- No se ha indicado todos los meses de cobertura del suscriptor Indicar el/los mes(es) adicional(es): _____
- No se ha indicado todos los meses de cobertura del/de los dependiente(s) Indicar el/los mes(es) adicional(es): _____
- El/los dependiente(s) está(n) ausente(s) Indicar el/los nombre(s): _____

Nombre del suscriptor _____ Firma _____ Fecha _____

SI EL SUSCRIPTOR ANTES MENCIONADO ESTÁ INSCRITO EN LA COBERTURA DE GRUPO CON WHA: Declaro a mi mejor saber y entender que la información contenida es verdadera y exacta. Por medio de la presente, declaro que el/los empleado(s) y dependiente(s) presentados ante WHA para obtener la cobertura cumplen con todos los requisitos de elegibilidad establecidos en el Group Service Agreement entre WHA y el empleador.

Nombre del empleador _____ Firma _____ Fecha _____

* El formulario 1095-B modificado no será enviado para cambios en la dirección. *Espere entre 7 y 10 días hábiles para recibir un formulario modificado para todas las otras correcciones y discrepancias.*