

# 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? 916.563.2250, 888.563.2250 gratis o 711 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 #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 \_\_\_\_\_

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

**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 #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 \_\_\_\_\_

## 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.*