



L.A. Care
HEALTH PLAN®

Resumen de estado de cuenta de facturación anual Solicitud de formulario

Instrucciones:

Usted debe usar este formulario para solicitar información sobre los pagos totales de sus primas a L.A. Care durante el año de beneficios en el que tuvo cobertura. Complete y firme este formulario. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para los Miembros (*Member Services*) de L.A. Care al **1-855-270-2327** (teléfonos de texto TTY **711**). Los representantes de L.A. Care están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Información del suscriptor/parte responsable

| | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------|---------------|
| Año de beneficios solicitado: | | Nombre del plan de salud (marque una casilla): | | |
| | | <input type="checkbox"/> L.A. Care Covered™ <input type="checkbox"/> L.A. Care Covered Direct™ | | |
| Nombre (apellido, nombre) | | | | |
| Fecha de nacimiento (mes/día/año) | | N.º de identificación del miembro: | | |
| Dirección física (incluido el número de apartamento) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección postal (si es diferente a la dirección física) | | Ciudad | Estado | Código postal |
| Número de teléfono durante el día | Número de teléfono durante la noche | Correo electrónico | | |

Envíe el formulario firmado por:

| | |
|--|---|
| Correo: L.A. Care Health Plan Attn: Medical Payments Systems and Services 1055 W 7th Street, 10th Floor Los Angeles, CA 90017 | Fax: L.A. Care Health Plan Attn: Medical Payments Systems and Services Asunto: "Formulario de solicitud del Resumen de estado de cuenta de facturación anual" (213) 438-6105 |
|--|---|

Método de entrega para su Resumen de estado de cuenta de facturación anual

Servicio Postal de Estados Unidos Doy mi autorización a L.A. Care Health Plan para enviarme una copia de mi Resumen de estado de cuenta de facturación anual por medio del Servicio Postal de Estados Unidos a la dirección postal mencionada anteriormente.

Correo electrónico seguro Doy mi autorización a L.A. Care Health Plan para enviarme una copia de mi Resumen de estado de cuenta de facturación anual por medio de correo electrónico seguro al correo electrónico mencionado anteriormente.

Autorización (requerida)

Por este medio, doy mi autorización a L.A. Care Health Plan para proporcionarme una copia de mi Resumen de estado de cuenta de facturación anual, que confirma la prima pagada a L.A. Care por el año de beneficios indicado anteriormente.

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____



A public entity serving Los Angeles County • 1055 West 7th Street, 10th floor • Los Angeles, California 90017
Telephone 213.694.1250 • Fax 213.694.1246 • www.lacare.org

Accreditation of Medi-Cal and L.A. Care Covered.

For a **Healthy Life**