



# Seleccione el Plan Médico Más Adecuado para Usted

Su cobertura de grupo le permite elegir un plan médico de la lista que aparece a continuación que se ajuste a sus necesidades y las de su familia. Usted puede seleccionar su plan médico solamente durante el periodo anual de inscripciones abiertas. Todos los miembros cubiertos de su familia deben inscribirse en el mismo plan médico.

Por favor llene todas las secciones, anote la fecha, firme el formulario y devuélvalo antes de que termine su periodo de inscripción para evitar posibles demoras en el proceso de inscripción.

Para asistirle en español, por favor llame al número (800) 624-6052, ext. 1009, de lunes a viernes.

## Información del Empleador (escriba con letra de imprenta)

Nombre del Empleador/Grupo \_\_\_\_\_

Número del Empleador/Grupo \_\_\_\_\_ Fecha de Vigencia \_\_\_\_\_

## Información del Empleado (escriba con letra de imprenta)

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social o Número de ID del Miembro (consulte la tarjeta de ID) \_\_\_\_\_

## Plan Médico Preferido (por favor seleccione uno)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Para conocer un resumen de los servicios cubiertos, el deducible, los co-pagos, el coaseguro, los beneficios con proveedores no participantes y otros detalles adicionales, por favor consulte el resumen de beneficios de cada plan. Los planes SmartChoice requieren que cada miembro de la familia seleccione a un proveedor de atención primaria; por favor agregue esa información al formulario. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

Nombre	Médico de Atención Primaria	¿Es Paciente Actualmente?	
Empleado		Sí	No
Cónyuge/ Pareja Doméstica		Sí	No
Hijo(a) Dependiente		Sí	No
Hijo(a) Dependiente		Sí	No
Hijo(a) Dependiente		Sí	No
Hijo(a) Dependiente		Sí	No

## Firma y Fecha (por favor anote la fecha en el formulario y fírmelo para confirmar su elección)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_