



**CARPENTER FUNDS ADMINISTRATIVE OFFICE  
OF NORTHERN CALIFORNIA, INC.**

[carpenterfunds.com](http://carpenterfunds.com)

265 Hegenberger Road, Suite 100  
Oakland, California 94621-1480  
Toll-Free: (888) 547-2054  
Phone: (510) 633-0333  
[benefitservices@carpenterfunds.com](mailto:benefitservices@carpenterfunds.com)

Para: Participante del Plan y/o Dependiente  
De: Carpenters Health and Welfare Trust Fund for California  
Referente: Solicitud de cruce de Medicare

Al hacer una "solicitud cruzada" de Medicare, usted otorga permiso a Medicare para enviar automáticamente sus reclamaciones de Medicare a Carpenters Health and Welfare Plan para el pago secundario (Medicare hará el pago primario). Al establecer el proceso automático, no se le pedirá que envíe usted mismo las reclamaciones a Carpenters Health and Welfare Plan cuando reciba su Explicación de beneficios de Medicare. Medicare se encargará de ese proceso por usted.

Para hacer la solicitud de transferencia, complete este formulario y devuélvalo a la Oficina de Carpenters Trust Fund con una copia de su tarjeta de identificación de Medicare que muestre su inscripción en las Partes A y B de Medicare.

Número de identificación: \_\_\_\_\_  
(UBC, CFAO or SSN)

Me gustaría que me prepararan para un cruce de Medicare.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde