



# 1199SEIU Benefit Funds

498 Seventh Avenue, New York, NY 10018-0009 • Phone: (646) 473-8666 • Fax: (646) 473-8799 • www.1199SEIUBenefits.org   @1199SEIUBenefitFunds

## 1199SEIU AETNA MEDICARE ADVANTAGE PLAN MEDICAL WAIVER REQUEST FORM FOR RETIREE

(Please print clearly in blue or black ink, or complete online.)

I am applying for a medical waiver that will enable me to continue to receive my current level of benefits without being required to enroll in the 1199SEIU Aetna Medicare Advantage Plan because:

- I am presently under treatment for a severe and/or chronic medical condition; **and**
- My physician does not participate in the 1199SEIU Aetna Medicare Advantage Plan for treatment of this condition; **and**
- A change to a new physician would put my health in serious jeopardy.

Please complete this form and return it to the 1199SEIU Benefit Funds. Your physician must complete the attached form. If your spouse is requesting a waiver, complete the Medical Waiver Request Form for Spouse of Retiree.

RETIREE'S FULL NAME \_\_\_\_\_ MEMBER ID # OR SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

PRIMARY TELEPHONE NUMBER \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ DATE OF RETIREMENT(MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

Are you presently enrolled in Medicare Parts A and B?  No  Yes

Are you receiving Medicare as a result of a disability?  No  Yes If yes, date of disability award: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Please explain the reason for your request: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date of onset of medical condition: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) Date of last visit to physician: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY)

1. \_\_\_\_\_  
TREATING PHYSICIAN'S FULL NAME \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
TREATING PHYSICIAN'S FULL NAME \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
TREATING PHYSICIAN'S FULL NAME \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

By completing this form, I give the 1199SEIU Benefit Funds permission to call my physician for additional medical information.

**X** \_\_\_\_\_  
RETIREE'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

Return completed form by mail to 1199SEIU Benefit Funds, Retiree Health Benefits Office, 498 Seventh Avenue, New York, NY, 10018-0009;  
by fax to (646) 473-8799; or by email to RetireeHealth@1199Funds.org.

# 1199SEIU Benefit Funds

498 Seventh Avenue, New York, NY 10018-0009 • Phone: (646) 473-8666 • Fax: (646) 473-8799 • www.1199SEIUBenefits.org ☎ @1199SEIUBenefitFunds

## PLAN AETNA MEDICARE ADVANTAGE DE 1199SEIU FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA PARA EL JUBILADO

(Escriba con letra clara y use tinta azul o negra, o complételo en línea).

**Solicito una exención médica que me permitirá continuar recibiendo mi nivel actual de beneficios sin tener que inscribirme en el Plan Aetna Medicare Advantage de 1199SEIU por estos tres motivos:**

- Actualmente, estoy bajo tratamiento por una afección médica grave o crónica.
- Mi médico no participa en el Plan Aetna Medicare Advantage de 1199SEIU para el tratamiento de esta afección.
- Cambiar de médico pondría mi salud en grave riesgo.

**Complete este formulario y devuélvalo al Fondo de Beneficios de 1199SEIU. Su médico debe completar el formulario adjunto. Si su cónyuge solicita una exención, complete el Formulario de solicitud de exención médica para el cónyuge del jubilado.**

NOMBRE COMPLETO DEL JUBILADO

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO O N.º DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

FECHA DE JUBILACIÓN (MM/DD/AAAA)

¿Está actualmente inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare?  No  Sí

¿Recibe actualmente la cobertura de Medicare a causa de una discapacidad?  No  Sí

En caso afirmativo, detalle la fecha de adjudicación de la discapacidad: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Explique el motivo de su solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la afección médica: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Fecha de la última visita al médico: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

1. NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE TELÉFONO DEL CONSULTORIO

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

2. NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE TELÉFONO DEL CONSULTORIO

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

3. NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE TELÉFONO DEL CONSULTORIO

DIRECCIÓN CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

**Al completar este formulario, autorizo a los Fondos de Beneficios de 1199SEIU a llamar a mi médico para obtener información médica adicional.**



**X**

FIRMA DEL JUBILADO

FECHA (MM/DD/AAAA)

Envíe el formulario completo por correo postal a 1199SEIU Benefit Funds, Retiree Health Benefits Office, 498 Seventh Avenue, New York, NY, 10018-0009; por fax al (646) 473-8799; o por correo electrónico a RetireeHealth@1199Funds.org.

# 1199SEIU Benefit Funds

498 Seventh Avenue, New York, NY 10018-0009 • Phone: (646) 473-8666 • Fax: (646) 473-8799 • www.1199SEIUBenefits.org   @1199SEIUBenefitFunds

## 1199SEIU AETNA MEDICARE ADVANTAGE PLAN MEDICAL WAIVER REQUEST FORM FOR SPOUSE OF RETIREE

(Please print clearly in blue or black ink, or complete online.)

I am applying for a medical waiver that will enable me to continue to receive my current level of benefits without being required to enroll in the 1199SEIU Aetna Medicare Advantage Plan because:

- I am presently under treatment for a severe and/or chronic medical condition; **and**
- My physician does not participate in the 1199SEIU Aetna Medicare Advantage Plan for treatment of this condition; **and**
- A change to a new physician would put my health in serious jeopardy.

Complete this form and return it to the 1199SEIU Benefit Funds. Your physician must complete the attached form.

RETIREE'S FULL NAME \_\_\_\_\_ MEMBER ID # OR SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_

SPOUSE'S FULL NAME \_\_\_\_\_ SPOUSE'S SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_

SPOUSE'S ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

SPOUSE'S PRIMARY TELEPHONE NUMBER \_\_\_\_\_ SPOUSE'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

Are you presently enrolled in Medicare Parts A and B?  No  Yes

Are you receiving Medicare as a result of a disability?  No  Yes If yes, date of disability award: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Please explain the reason for your request: \_\_\_\_\_

Date of onset of medical condition: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY) Date of last visit to physician: \_\_\_\_\_ (MM/DD/YYYY)

1. \_\_\_\_\_  
TREATING PHYSICIAN'S FULL NAME \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
TREATING PHYSICIAN'S FULL NAME \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE \_\_\_\_\_

ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
TREATING PHYSICIAN'S FULL NAME \_\_\_\_\_ OFFICE PHONE \_\_\_\_\_



ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

By completing this form, I give the 1199SEIU Benefit Funds permission to call my physician for additional medical information.

**X** \_\_\_\_\_  
SPOUSE'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

Return completed form by mail to 1199SEIU Benefit Funds, Retiree Health Benefits Office, 498 Seventh Avenue, New York, NY, 10018-0009;  
by fax to (646) 473-8799; or by email to RetireeHealth@1199Funds.org.

# 1199SEIU Benefit Funds

498 Seventh Avenue, New York, NY 10018-0009 • Phone: (646) 473-8666 • Fax: (646) 473-8799 • www.1199SEIUBenefits.org   @1199SEIUBenefitFunds

## PLAN AETNA MEDICARE ADVANTAGE DE 1199SEIU FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA PARA EL CÓNYUGE DEL JUBILADO

(Escriba con letra clara y use tinta azul o negra, o complételo en línea).

**Solicito una exención médica que me permitirá continuar recibiendo mi nivel actual de beneficios sin tener que inscribirme en el Plan Aetna Medicare Advantage de 1199SEIU por estos tres motivos:**

- Actualmente, estoy bajo tratamiento por una afección médica grave o crónica.
- Mi médico no participa en el Plan Aetna Medicare Advantage de 1199SEIU para el tratamiento de esta afección.
- Cambiar de médico pondría mi salud en grave riesgo.

**Complete este formulario y devuélvalo al Fondo de Beneficios de 1199SEIU. Su médico debe completar el formulario adjunto.**

NOMBRE COMPLETO DEL JUBILADO \_\_\_\_\_ N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO O N.º DEL SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_ N.º DE SEGURO SOCIAL DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL CÓNYUGE (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

¿Está actualmente inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare?  No  Sí

¿Recibe actualmente la cobertura de Medicare a causa de una discapacidad?  No  Sí

En caso afirmativo, detalle la fecha de adjudicación de la discapacidad: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Explique el motivo de su solicitud: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la afección médica: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

Fecha de la última visita al médico: \_\_\_\_\_  
(MM/DD/YYYY)

1. NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

2. NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

3. NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TRATANTE \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CONSULTORIO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

**Al completar este formulario, autorizo a los Fondos de Beneficios de 1199SEIU a llamar a mi médico para obtener información médica adicional.**

**X** \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CÓNYUGE \_\_\_\_\_ FECHA (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

Envíe el formulario completo por correo postal a 1199SEIU Benefit Funds, Retiree Health Benefits Office, 498 Seventh Avenue, New York, NY, 10018-0009; por fax al (646) 473-8799; o por correo electrónico a RetireeHealth@1199Funds.org.

AETSPO • 11/22 • MEDICAL WAIVER FOR SPOUSE

# 1199SEIU Benefit Funds

498 Seventh Avenue, New York, NY 10018-0009 • Phone: (646) 473-8666 • Fax: (646) 473-8799 • www.1199SEIUFunds.org   @1199SEIUBenefitFunds

## 1199SEIU AETNA MEDICARE ADVANTAGE PLAN MEDICAL WAIVER REQUEST FORM FOR PHYSICIAN

(Please print clearly in blue or black ink, or complete online.)

### To be completed by your physician:

Your patient is requesting a medical waiver from joining the 1199SEIU Aetna Medicare Advantage Plan. Please complete the following information so that we may evaluate this request. Thank you for your cooperation.

PATIENT'S FULL NAME \_\_\_\_\_ PATIENT'S MEMBER ID # OR SOCIAL SECURITY # \_\_\_\_\_

PHYSICIAN'S FULL NAME \_\_\_\_\_ PHYSICIAN'S SPECIALTY \_\_\_\_\_ PHYSICIAN'S OFFICE PHONE \_\_\_\_\_

PHYSICIAN'S ADDRESS \_\_\_\_\_ CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

Diagnosis: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Length of time in treatment and frequency of visits: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medications: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please indicate names of other physicians and/or specialists with whom you coordinate the patient's care:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Are these physicians and/or specialists in the Aetna Medicare Advantage Plan provider network?  Yes  No

If you're not in the Aetna Medicare Advantage Plan provider network, would you like Aetna to contact you about joining?  
 Yes  No

Please provide additional information that will help us make a determination about whether or not to provide this patient with a medical waiver: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Return completed form by mail to 1199SEIU Benefit Funds, Retiree Health Benefits Office, 498 Seventh Avenue, New York, NY, 10018-0009;  
by fax to (646) 473-8799; or by email to RetireeHealth@1199Funds.org.

## PLAN AETNA MEDICARE ADVANTAGE DE 1199SEIU FORMULARIO DE SOLICITUD DE EXENCIÓN MÉDICA PARA EL MÉDICO

(Escriba con letra clara y use tinta azul o negra, o complételo en línea).

### Para que lo complete su médico:

Su paciente está solicitando una exención médica para unirse al plan Aetna Medicare Advantage de 1199SEIU. Complete la siguiente información para que podamos evaluar esta solicitud. Le agradecemos su cooperación.

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ N.º DE IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO O N.º DEL SEGURO SOCIAL DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL CONSULTORIO DEL MÉDICO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL MÉDICO \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Período de tiempo de tratamiento y frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique los nombres de otros médicos o especialistas con los que coordina la atención del paciente:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Estos médicos o especialistas pertenecen a la red de proveedores del Plan Aetna Medicare Advantage?  Sí  No

Si no está en la red de proveedores del Plan Aetna Medicare Advantage, ¿le gustaría que Aetna se comunice con usted para unirse?  Sí  No

Proporcione información adicional que nos ayude a tomar una decisión sobre si concederle o no una exención médica a este paciente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_