

CUESTIONARIO SOBRE OTRA COBERTURA DE SALUD/DENTAL

Su contrato incluye una disposición de Coordinación de Beneficios (COB) para garantizar que proporcionemos beneficios correctos para reclamaciones a miembros con más de un plan de cobertura de salud/dental. Necesitamos información sobre otra cobertura de salud/dental que pueda tener, incluso Medicare, para procesar sus reclamaciones correctamente.

Nombre: _____

Número de ID: _____

Dirección: _____

Fecha: _____

1. ¿Usted o cualquiera de sus dependientes tienen cualquier otra cobertura grupal de salud, dental o de Medicare? No Sí
SI NO, POR FAVOR FIRME, INDIQUE LA FECHA Y DEVUÉLVANOS ESTE FORMULARIO O LLAME A NUESTRO NÚMERO DE SERVICIO AL CLIENTE QUE APARECE EN SU TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.

Su firma _____ Fecha _____

2. Enumere los familiares cubiertos por la otra póliza y el tipo de cobertura que usted tiene.

_____	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Medicare
_____	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Medicare
_____	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Medicare
_____	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Medicare
_____	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Medicamentos	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Medicare

Para más familiares, adjunte una hoja con información.

* Si marcó Medicare, responda la pregunta 7.

3. Nombre del titular de la otra póliza _____
Fecha de nacimiento del titular de la otra póliza _____ Relación con usted _____

4. Nombre del empleador si la cobertura se ofrece a través de un empleador. _____

5. Nombre de la otra compañía de seguros y fecha de vigencia de la póliza. _____ Fecha de vigencia _____
Si la póliza ha terminado, indique la fecha de terminación. _____ No. de ID _____

6. Si hay un divorcio o separación, indique quién es responsable de los gastos de cuidado de salud _____
Si tiene una copia de un decreto de divorcio, envíenos una copia.

Si no hay un decreto judicial, ¿quién tiene la custodia de los niños? _____

******* ESTA SECCIÓN ES PARA COBERTURA DE MEDICARE SOLAMENTE *******

7. ¿El titular de la póliza está trabajando activamente? Sí No _____ Fecha de inicio del empleo _____
Último día de empleo activo _____

8. ¿Usted o cualquiera de sus familiares están cubiertos por Medicare? No Sí Si No, firme e indique la fecha abajo. Si Sí, complete la información siguiente.

• Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Número de Medicare _____ Parte A Fecha de vigencia _____
Parte B Fecha de vigencia _____

Razón de Medicare (marque una) Edad
 Discapacidad
 ESRD Fecha de primer diálisis _____

• Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Número de Medicare _____ Parte A Fecha de vigencia _____
Parte B Fecha de vigencia _____

Razón de Medicare (marque una) Edad
 Discapacidad
 ESRD Fecha de primer diálisis _____

Su firma _____ Fecha _____