

Cuestionario de coordinación de beneficios

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA DE MHHP: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO DE MHHP: _____

Su contrato de Memorial Hermann Health Plan contiene una cláusula de Coordinación de beneficios (COB). Si usted o sus dependientes tienen otro seguro, Memorial Hermann Health Plan exige que complete este formulario para que podamos procesar sus reclamos con exactitud. Agradeceremos su pronta respuesta. Si tiene alguna otra pregunta sobre este cuestionario o si cambia la información de abajo, comuníquese con el coordinador de COB al 346-512-2120. Si necesita otro formulario de COB, consulte <https://healthplan.memorialhermann.org/members/resource-center> para encontrar el formulario en la sección 'Documentos del miembro'.

OTRO SEGURO:

¿Está cubierto usted o algún otro miembro de esta póliza de Memorial Hermann Health Plan por otra póliza de seguro médico o dental o por alguna otra póliza del Memorial Hermann Health Plan?

☐ No Si respondió No, firme y ponga la fecha en la Sección A y devuélvanos este cuestionario.

☐ Sí Si respondió Sí, complete todos los campos de abajo que correspondan a los miembros que tienen otra cobertura.

Sección A (Si se necesita más espacio, use la parte de atrás de este formulario).

NOMBRES DE LOS SUSCRIPTORES DE LA PÓLIZA _____

NOMBRES DE LOS DEPENDIENTES EN LA PÓLIZA DE MEMORIAL HERMANN HEALTH PLAN

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social (opcional)
_____	_____	____/____/____	____ - ____ - ____
_____	_____	____/____/____	____ - ____ - ____
_____	_____	____/____/____	____ - ____ - ____
_____	_____	____/____/____	____ - ____ - ____
_____	_____	____/____/____	____ - ____ - ____

Firma del titular de la póliza: _____ Fecha: ____/____/____

Sección B Otra cobertura de grupo (para otras pólizas, use un formulario de COB aparte).

Marque lo que corresponda: ☐ Otro seguro médico Póliza o n.º de grupo _____

¿Qué tipo de póliza es esta? ☐ Grupo ☐ Individual ☐ Estudiante ☐ Plan de jubilados ☐ Solo la Parte D

Nombre de la otra aseguradora: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad, estado, código postal: _____

Dependientes listados en el otro seguro:	Fecha de inicio	Fecha de finalización
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____

Nombre del titular de la póliza de MHHP: _____

N.º de ID del miembro de MHHP: _____

Nombre del titular de otra póliza de seguro: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: ____ / ____ / ____ N.º de ID _____

Fecha de inicio del otro seguro: ____ / ____ / ____ Si terminó, fecha de finalización: ____ / ____ / ____

El titular de la póliza:

☐ Trabaja activamente para el grupo ☐ Inactivo ☐ Jubilado, fecha de jubilación: ____ / ____ / ____

☐ En COBRA, que comenzó: ____ / ____ / ____

Empleador del titular de la póliza: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Sección C Cobertura de Medicare *(para otras pólizas, use un formulario de COB aparte).*

INFORMACIÓN DE MEDICARE: Tipo: ☐ Medicare tradicional ☐ Medicare Advantage ☐ Complemento de Medicare

¿Tiene Medicare el titular de la póliza o los dependientes? ☐ Sí ☐ No

Nombre de las personas con Medicare: _____

Número de Medicare, incluyendo caracteres alfabéticos: _____

Fecha de inicio de la Parte A de Medicare ____ / ____ / ____ Fecha de inicio de la Parte B de Medicare: ____ / ____ / ____

Fecha de inicio de la Parte D de Medicare ____ / ____ / ____

Derecho a Medicare: ☐ Edad ☐ Discapacidad* ☐ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)*

* Si el motivo es por discapacidad o ESRD, proporcione los siguientes:

1.ª fecha de discapacidad: ____ / ____ / ____ 1.ª fecha de diálisis por ESRD: ____ / ____ / ____

¿Se inició la ESRD en un centro? ☐ Sí ☐ No

¿Se inició la ESRD como diálisis hecha por el paciente o diálisis en casa?: ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido un trasplante? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí, escriba la fecha del trasplante. ____ / ____ / ____

Sección D

INFORMACIÓN DE LA ORDEN DEL TRIBUNAL

¿Hay una orden del tribunal que especifique las personas que deben mantener cobertura médica para alguno de sus dependientes?

☐ No ☐ Sí

Mencione los nombres de los dependientes a los que se aplica esto. _____

Si respondió Sí, ¿quiénes son las personas listadas para mantener la cobertura médica? _____

¿Qué relación tiene con los menores? _____

¿Quién tiene la custodia de los menores más del 50 % del tiempo? _____

Memorial Hermann Health Plan puede solicitar la documentación de la orden judicial.