

Otras coberturas del seguro de salud del beneficiario

Instrucciones

Proporcione la información de cobertura de cada miembro de la familia cubierto por su plan de salud.

Deberá presentar la solicitud a Memorial Hermann Health Plan, Attn: Eligibility, P. O. Box 19909, Houston, TX 77224-1909.

Sección 1: Plan médico Información

Relación	Nombre	Fecha de nacimiento (DOB)	¿Cubierto por otro plan?
Yo (suscriptor principal)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- Si nadie está cubierto por otro plan, vaya a la **Sección 4** para firmar y enviar el formulario.
- Si alguien tiene otro plan, complete la **Sección 2**. También complete la **Sección 3** si hay cobertura de Medicare.
- Si hay más de un plan adicional, proporcione la información en una copia aparte.

Sección 2: Otra información sobre el plan de salud (incluyendo Medicaid/CHIP)

Nombre del suscriptor principal _____ DOB del suscriptor principal _____

Número de identificación / número de póliza (incluye letras) _____ Número de grupo _____

Nombre del plan _____ Dirección del plan _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del plan de salud _____ Fecha de inicio de cobertura _____

Fecha de finalización de cobertura _____ Nombre del empleador _____

El suscriptor es: Activo Jubilado COBRA

El plan es: De grupo Individual Suplementario Tricare

Enumere a cada persona cubierta por este plan:

Cónyuge _____ Dependiente _____

Dependiente _____ Dependiente _____

Dependiente _____ Dependiente _____

A. Si el otro plan cubre a un niño, proporcione:

Nombre de la madre _____ DOB _____

Nombre del padre _____ DOB _____

B. Si los padres están separados, divorciados o no casados, enumere:

El niño reside con: _____ Relación _____

Persona con custodia: _____ Relación _____

C. ¿Existe una orden judicial que establezca la responsabilidad sobre la cobertura médica?

No Sí

Si es así, proporcione lo siguiente: Relación con la parte _____ responsable _____

Si varios niños tienen cobertura bajo otro plan, y la información anterior es diferente, proporcione una copia separada.

Sección 3: Información sobre la cobertura de Medicare

Nombre del suscriptor de Medicare _____ Número de identificación de Medicare _____

• Parte A – Fecha de entrada en vigor _____

• Parte B – Fecha de entrada en vigor _____

• Motivo de derecho:

Edad

Discapacidad

Enfermedad renal en etapa terminal

○ Si se debe a enfermedad renal en fase terminal, indicar la primera fecha de diálisis _____

○ Diálisis domiciliaria Centro de diálisis o centro de atención

○ Fecha del trasplante de riñón, si corresponde _____

Sección 4: Firma

Nombre de la persona que completa el formulario

Relación con el suscriptor principal

Firma

Fecha