

## 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