Cuestionario de coordinación de beneficios

Instrucciones

Facilite la información sobre la cobertura de cada miembro de la familia incluido en su plan médico. Deberá enviarlo a Ambetter Health, ATTN: Member Advocate, 5900 E. Ben White, Austin, TX 78741.

Sección 1: Información sobre el plan médico

Parentesco	Nombre	Fecha de nacimiento	¿Está cubierto por otro plan?
Yo mismo (titular principal)			☐ Sí ☐ No
Cónyuge			☐ Sí ☐ No
Dependiente			☐ Sí ☐ No
Dependiente			☐ Sí ☐ No
Dependiente			☐ Sí ☐ No
Dependiente			☐ Sí ☐ No
Dependiente			☐ Sí ☐ 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**. Complete también la **Sección 3** si hay cobertura de Medicare.
- Si hay más de un plan adicional, facilite la información en una copia separada.

Sección 2: Información sobre otros planes médicos (incluidos Medicaid/CHIP)

Nombre del titular principal _____ Fecha de nacimiento del titular principal _____

Número de identificación de miembro / número de póliza (Incluya las letras) _____

Número de grupo _____

Nombre del plan médico _____ Dirección del plan médico _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono del plan médico Fecha de inicio de la cobertura Fecha de finalización de la cobertura

_____ _____ _____

Nombre del empleador _____ El titular es: ☐ Activo ☐ Jubilado ☐ bajo COBRA

El plan es: ☐ De grupo ☐ Individual ☐ Complementario ☐ Tricare

Enumere a cada persona cubierta por este plan:

Cónyuge _____ Dependiente _____

Dependiente _____ Dependiente _____

Dependiente _____ Dependiente _____

A. Si el otro plan cubre a un menor, indique:

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento _____

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

El menor reside con _____ Parentesco _____

Persona con la custodia _____ Parentesco _____

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

☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, indique lo siguiente: Persona responsable _____ Parentesco _____

Si varios hijos tienen cobertura con otro plan y la información anterior es diferente, proporciónela en una copia por separado.

Sección 3: Información sobre la cobertura de Medicare

Nombre del titular de Medicare _____ Número de identificación de Medicare _____

- ☐ Parte A – Fecha de entrada en vigor _____
- ☐ Parte B – Fecha de entrada en vigor _____
- Motivo del beneficio:
  - ☐ Edad
  - ☐ Discapacidad
  - ☐ Enfermedad renal en etapa terminal
    - Si se debe a una enfermedad renal en fase terminal, indique la fecha de inicio de la diálisis _____
    - ☐ Diálisis en el hogar ☐ Centro o unidad de diálisis
    - Fecha del trasplante de riñón, si procede _____

Sección 4: Firma

_____ _____

Nombre de la persona que llena al formulario | Parentesco con el titular principal

_____ _____

Firma | Fecha