



de ID de Asistencia de Salud

A fin de tramitar sus reclamos (Médicos, Dentales o de Visión), su plan médico patrocinado por su empleador requiere un formulario de Coordinación de Beneficios (en inglés: Coordination of Benefits [COB]). La información recopilada se usa para asegurar que sus proveedores se paguen debidamente y que usted y sus dependientes bajo cobertura reciban todo beneficio de su plan médico. **Para prevenir el rechazo de sus reclamos después de 90 días de la fecha de esta carta, favor de comunicarse con Delta Health Systems por medio de llamar al número en la parte de atrás de su tarjeta de Identificación. Aceptamos su información COB por el teléfono.**

- **cumpla y envíe el cuestionario COB por email (correo electrónico) a special.project1@delapro.com,**
- **inicie su sesión en www.deltahealthsystems.com y cumpla el formulario en línea,**
- **envíe el cuestionario COB por email (correo electrónico) a P.O. Box 648 Stockton, CA 95201-0648, Y**
- si aplica, una copia del frente y reverso de la tarjeta del seguro de su otro proveedor. Nota: Si usted o su dependiente tiene cobertura de Medicare, por favor envíe copias de sus tarjetas de Medicare.
- Si procede, proporcione una copia de la delantera y del lado reverso de toda orden judicial. Se tiene que proporcionar toda página.

Sección 1: Otra Cobertura

¿Ha tenido alguna otra cobertura médica, usted o cualquier de sus dependientes cubiertos, en el último año? Si No

Si la respuesta es sí, por favor llene la Sección 2 y firme la Sección 3. Si la respuesta es no, por favor firme la sección 3.

Sección 2: Llene esta sección solo si sus dependientes tienen otra cobertura aparte del plan que tienen hoy. Lo siguiente es Información Necesaria para Coordinar Beneficios

Información Sobre el Otro Plan Médico (si no tiene Medical, responda a la preguntas abajo para cobertura Dental y/o de Visión.)

Nombre del Plan: Número de Telefónico:

#de la Póliza de Grupos:

de ID del Asegurado: Fecha Efectiva de Cobertura:

Fecha del Término de Cobertura:

Nombre del Asegurado: Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA):

Nombre del Empleador, si aplica: Activo: Jubilado:

La Clase de Cobertura – marque cada opción que aplique

Médico	HMO	PPO	EPO	POS	Otro
Medicare	Medicaid/Medi-cal	Dental	Visión	Medicamento Recetado Drug	

Llene para sus Dependientes Cubiertos si solo sus dependientes tienen otra cobertura.

Nombre(s)	Relación	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Si hay un orden judicial, quién se hace responsable para proveer cobertura de salud ?	Nombre de Padres de Custodia
1.				
2.				
3.				
4.				

Use el lado reverso para agregar dependientes adicionales.

Sección 3: Verificación

Por la presente certifico que la información arriba es cierta, entera, y precisa a mi mejor conocimiento.

Firma del Participante:

Fecha:

Teléfono #: