

Coordinación de Beneficios (COB)



de reclamo _____
de ID de Asistencia de Salud _____
Paciente: _____
Relación: _____
Nombre: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha: ____/____/____

Para poder tramitar sus reclamos (Médico, Dental o Visión) administrado por Delta Health Systems, el plan se requiere un formulario de Coordinación de Beneficios (COB) completado cada año. El formulario provee información para saber si usted, su cónyuge, o sus dependientes se cubren bajo más de un plan de salud para poder tramitar sus reclamos correctamente. Lo más pronto posible, favor de entregar:

- este formulario completado, **Y**
- si aplica, una copia del de la parte de enfrente y atrás de la tarjeta de seguro de su otro proveedor. Nota: Si usted o su cónyuge tiene cobertura Medicare favor de entregar copias de sus cartas de Medicare.

IMPORTANTE: la omisión de cualquiera de los siguientes campos obligatorios pueden resultar en un retraso o rechazo de los reclamos relacionados.

Sección 1: Otra Cobertura

¿Tiene usted o cualquier de sus dependientes cualquier otra cobertura de seguros de salud? Si No

Si contestó **Sí**, favor de completar la Sección 2 y firme la Sección 3. Si contestó **no**, favor de firmar la Sección 3. Para evitar cualquier demora en el trámite de sus reclamos, favor de entregar esta forma al domicilio indicada al fondo de esta carta tan pronto como le sea posible.

Sección 2: La información Necesaria para Coordinar los Beneficios

Otra Información de la Compañía de Seguros de Salud

Nombre del Cargador: _____ Número de Teléfono: _____
Domicilio: _____
Número de ID o Póliza: _____ Fecha Efectiva de Cobertura: _____
Fecha del Término de Cobertura: _____
Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento (Me/Día/Año): _____
Nombre del Empleador: _____ Activo: / Jubilado:

Tipo de Cobertura

Médico Favor de Seleccionar tipo: PPO HMO EPO POS Otro _____
 Medicare Medicaid/Medi-Cal Dental Visión Medicamento Recetado Drug

Dependiente Cubierto

Nombre(s)	Relación al Participante	Fecha de Nacimiento (Me/Día/Año)	Si hay un orden judicial, quién se hace responsable para proveer cobertura de salud?	Nombre de Padres de Custodia

Sección 3: Verificación

Mediante esto verifico la información que la información antecedente es verdadera, completa y precisa a mi mejor conocimiento.

Firma del Participante _____ Fecha _____ Teléfono _____