



COORDINACIÓN DE LA FORMA DE LAS VENTAJAS
(COORDINATION OF BENEFITS FORM)

Razón de esta forma: Esta forma debe ser utilizada verificar que un paciente no tiene cobertura con excepción de su plan de la salud del grupo administrado por Planned Administrators, Inc.
(Reason for this form: This form is to be used to verify that a patient does not have coverage other than their group health plan administered by Planned Administrators, Inc.)

Nombre del empleado:
(Employee Name)

Dirección:
(Address)

UMID: Grupo: Localización:
(UMID) (Group) (Location)

Table with 3 columns: ¿El participante tiene otra cobertura?, Sí, No. Includes subtext: (Does Participant have other coverage?), (Yes), (No)

Su plan de la salud del grupo contiene una coordinación de la disposición de las ventajas (COB) de asegurar ventajas correctas se proporciona en las demandas para los miembros cubiertos por más de un plan de la salud. Necesitamos la información sobre posible la otra cobertura de seguro, incluyendo Seguro de enfermedad, antes de que poder procesar su demanda.
(Your group health plan contains a coordination of benefits (COB) provision to ensure correct benefits are provided on claims for members covered by more than one health plan. We need information about possible other insurance coverage, including Medicare, before we can process your claim.)

¿Usted o miembro de su familia tiene otra salud del grupo, cobertura dental o de la droga, programa de los empleados federales' (FEP) o Seguro de enfermedad? SÍ NO
(Do you or does any member of your family have other group health, dental or drug coverage, Federal Employees' Program (FEP) or Medicare? YES NO)

Si usted comprobó "NO," salte por favor al fondo de esta forma y muestra y fecha.
(If you checked "NO," please skip to the bottom of this form and sign and date.)

Si usted comprobó "SÍ," termine por favor la información siguiente:
(If you checked "YES," please complete the following information:)

Si SÍ: MEDICARE Fecha de Vigencia Número de la demanda del seguro médico (HICN)
(If YES: MEDICARE Effective Date [Health Insurance Claim Number (HICN)])

Nombre del miembro de la familia y Seguridad Social #
(Family Member's Name (and Social Security #)

Nombre del otro seguro Política #
(Name of other insurance (Policy #)

Dirección del otro seguro
(Address of other insurance)



Planned Administrators, Incorporated

Fecha eficaz de la otra cobertura _____
(Effective date of other coverage)

Dependientes cubiertos bajo esta política _____
(Dependents covered under this policy)

¿Qué esta política cubre? (por favor cheque) MÉDICO DENTAL VISIÓN DROGA
(What does this policy cover?) (please check) (MEDICAL) (DENTAL) (VISION) (DRUG)

Nombre del asegurado _____
(Name of policyholder)

Fecha de nacimiento del asegurado _____
(Date of birth of policyholder)

Firma del empleado
(Employee's Signature)

Fecha
(Date)

Por favor la muestra, fecha y vuelve esta letra a:
(Please sign, date and return this letter to:)

Planned Administrators, Inc.
P.O. Box 6927
Columbia, SC 29260