



FORMULARIO DE INFORMACIÓN PREEXISTENTE
(PRE-EXISTING INFORMATION FORM)

Nombre del empleado:
(Employee Name)
Nombre del paciente:
(Patient Name)
Número de seguro social del asegurado:
(Social Security Number of Insured)
Nombre del grupo:
(Group Name)

Ref.: Información necesaria para procesar su/s solicitud/es.
(RE: Information needed to process your claim(s).)

Recibimos recientemente una solicitud de procesamiento del paciente arriba mencionado. Para reducir o eliminar su período de espera de condición preexistente, necesitaremos la siguiente información. Si no recibimos esta información, es posible que no podamos determinar sus beneficios apropiados y, por lo tanto, no podremos procesar su/s solicitud/es.
(We recently received a claim for processing on the above referenced patient. In order to possibly reduce or eliminate your pre-existing condition waiting period, we will need the following information. If this information is not received back, we may not be able to determine your proper benefits and thus not process your claims(s).)

PROVEA INFORMACIÓN DE LAS FECHAS DEL SERVICIO ENTRE
(Please provide information from dates of service between)

Si el paciente arriba mencionado poseía una cobertura médica previa sin interrupción en la misma de más de 63 días, usted puede presentar un certificado de cobertura previa. Esta carta de cobertura previa se puede obtener de su asegurador anterior.
(If the above referenced patient had prior medical coverage without a break in coverage of more than 63 days, you may submit a certificate of prior coverage. This letter of prior coverage can be obtained from your previous insurer.)

Se adjunta una carta de cobertura previa del asegurador anterior – SÍ NO (marque con un círculo)
(Prior Coverage Letter from your prior insurer is attached) – (Yes) (No) (circle one)

Si la respuesta a la pregunta anterior es NO, complete el siguiente cuestionario.
(If the answer to the above question is NO, please complete the following questionnaire.)

Durante el período de tiempo que figura anteriormente, yo (consulté / no consulté) a ningún médico. Si consultó a algún médico, haga una lista de el/los médico/s y la dirección del lugar de la consulta en los siguientes renglones.
(During the time period listed above I (have / have not) seen any doctor(s). If you have – Please list the doctor(s) and the address where you were seen on the following lines.)

Three horizontal lines for listing doctor(s) and address.

Envíe la carta completa a:
(Please return the completed letter to:)

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

Gracias por su cooperación.
(Thank you for your cooperation.)

Representante de Solicitudes
(Claims Representative)