PLANNED ADMINSTRATORS INC

COORDINATION OF BENEFITS INFORMATION

Su plan de salud de su grupo tiene una provisión de coordinación de beneficios (COB) para asegurar que los beneficios correctos sean proveídos para reclamaciones de miembros asegurados por más de un plan de salud. Necesitamos información acerca de la posibilidad de otro plan de seguro, incluyendo Medicare, antes que podamos procesar su reclamación. **Nota: Reclamaciones serán negadas hasta que este dato sea recibido por PAI.**

Nombre del Empleado: _____

Dirección: _____

ID de su póliza: _____ Grupo: _____ Ubicación: _____

Nombres de Dependiente(s) en su póliza con PAI

	Nombre (primer y apellido)	Relación con usted	# de Seguro Social
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Lista cual quier dependiente(s) de edad 19 O MAS, que son elegibles por su propio plan de seguro medico proveído por un empleador.

	Nombre (primer y apellido)	Relación con usted
1.		
2.		
3.		

¿Usted o algún miembro de su familia tiene otro seguro de grupo para cobertura de salud, dental, o medicamentos recetados, cobertura de Programa de Empleados Federales (FEP), o Medicare?

☐ **No** "No." Por favor vaya a la ultima parte de la forma, firma su nombre, apunta la fecha, y mande la forma a nosotros.
☐ **Sí** "Si." Por favor llena la forma completamente, firma su nombre, apunta la fecha y mande la forma a nosotros.

SECCIÓN 1 Otro Seguro de Salud (Excluyendo Medicare-Vea Sección 2)

Por favor provee información acerca del asegurado. Adjunta paginas adicionales si necesita.

Nombre del asegurado.	Relación a usted	# de Seguro Social	Empleador	Fecha de nacimiento

Nombre de la compañía de seguros	Dirección de la compañía de seguros	# de teléfono

ID de miembro / # de póliza	# de grupo	Fecha de vigencia

Tipo de cobertura: ☐ Solo ☐ Familia

Tipo de plan: ☐ Médico ☐ Dental ☐ Visión ☐ Medicamentos recetados

¿Quien tiene cobertura en este otro plan? Incluye su nombre si le aplica.

	Nombre (primer y apellido)	Relación a usted	# de Seguro Social
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

SECCIÓN 2 Cobertura de Medicare

¿Usted o algún(os) miembro(s) de su familia tiene(n) cobertura de Medicare? ☐ Sí ☐ No

"Si." Nombre de la persona con Medicare: _____ # de Seguro Social: _____

Fecha de vigencia de Medicare: _____ Número de Medicare (HICN) _____

_____ _____

Firma del Empleado **Fecha**

Por favor firma, apunte la fecha, y mande esta forma a: Planned Administrators, Inc., P.O. Box 6927, Columbia, SC 29260