



# Coordinación de Beneficios de Forma

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

	<u>Nombre (primer y apellido)</u>	<u>Relación con usted</u>	<u># de Seguro Social</u>
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.

	<u>Nombre (primer y apellido)</u>	<u>Relación con usted</u>
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** "Sí." 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.

	<u>Nombre (primer y apellido)</u>	<u>Relación a usted</u>	<u># de Seguro Social</u>
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

"Sí." 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