

# Otros Seguros Médicos

Nombre de Miembro: \_\_\_\_\_ #ID de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

***Si usted y/o uno de sus dependientes NO tienes ningún otro seguro médico, Por favor marque esta casilla y firma/fecha abajo de esta página.***

## **DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA PUEDE GENERAR RETRASO EN EL PROCESO DE LOS RECLAMOS**

**A**

### **INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA DE MIEMBRO**

Este plan ofrece cobertura **Médica**?  Si o  No Si la respuesta es sí, que clase de plan:  HMO o  PPO

Compañía Médica/Rx: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (si aplica): \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Este plan ofrece cobertura **Dental**?  Si o  No Si la respuesta es sí, que clase de plan:  HMO o  PPO

Compañía Dental: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (si aplica): \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Este plan ofrece cobertura **Visión**?  Si o  No Si la respuesta es sí, que clase de plan:  HMO o  PPO

Compañía de Visión: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (si aplica): \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

**Medicare:** Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

La cobertura es debido a?  Edad  Incapacidad  ESRD

Parte: A  B  C  D  Fecha Efectiva: A) \_\_\_\_\_ B) \_\_\_\_\_ C) \_\_\_\_\_ D) \_\_\_\_\_

**B**

### **INFORMACIÓN DE ASEGURANZA MÉDICA DE CONYUGE Y DEPENDIENTES**

Este plan ofrece cobertura **Médica**?  Si o  No Si la respuesta es sí, que clase de plan:  HMO o  PPO

Compañía Médica/Rx: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (si aplica): \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Este plan ofrece cobertura **Dental**?  Si o  No Si la respuesta es sí, que clase de plan:  HMO o  PPO

Compañía Dental: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (si aplica): \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

Este plan ofrece cobertura **Visión**?  Si o  No Si la respuesta es sí, que clase de plan:  HMO o  PPO

Compañía de Visión: \_\_\_\_\_ Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación (si aplica): \_\_\_\_\_ Número de Grupo: \_\_\_\_\_

**Medicare:** Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

La cobertura es debido a?  Edad  Incapacidad  ESRD

Parte: A  B  C  D  Fecha Efectiva: A) \_\_\_\_\_ B) \_\_\_\_\_ C) \_\_\_\_\_ D) \_\_\_\_\_

**1.) Dependiente:** \_\_\_\_\_

**Médica/Rx** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Dental** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Visión** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

• Compañía **Médica/Rx**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Dental**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Visión**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**2.) Dependiente:** \_\_\_\_\_

**Médica/Rx** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Dental** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Visión** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

• Compañía **Médica/Rx**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Dental**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Visión**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**Continúa al reverso**

**Para dependientes adicionales, ADJUNTE una hoja por separado con el nombre completo del empleado.**

**3.) Dependiente:** \_\_\_\_\_

**Médica/Rx** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Dental** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Visión** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

• Compañía **Médica/Rx**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Dental**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Visión**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**4.) Dependiente:** \_\_\_\_\_

**Médica/Rx** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Dental** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  **Visión** Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_

• Compañía **Médica/Rx**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Dental**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

• Compañía **Visión**: \_\_\_\_\_ Nombre Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**C**

**LLENE ESTA SECCIÓN SOLO SI SU HIJO(S) TIENE COBERTURA DE SALUD ADICIONAL POR •  
DIVORCIO • SEPARACIÓN • ORDEN DE LA CORTE • MEDICARE O  
• OTROS PROGRAMAS DE SEGURO DE SALUD DEL ESTADO/FEDERAL.**

\*\*\***(Indique cual niño marcando el círculo apropiado)** \*\*\*

1.) ¿Niño(s) está cubierto por Medicare u otra cobertura del Estado-Federal?  Si o  No (Si la respuesta es sí, cual niño)?  1  2  3  4

**Medicare:** Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

La cobertura es debido a?  Edad  Incapacidad  ESRD

Parte: A  B  C  D  Fecha Efectiva: A) \_\_\_\_\_ B) \_\_\_\_\_ C) \_\_\_\_\_ D) \_\_\_\_\_

**Medi-Cal/Medicaid:** Nombre de Asegurado: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

2.) ¿Uno de los padres/tutor tiene la custodia total del niño (s):  Si o  No (Si la respuesta es sí, cual niño)?  1  2  3  4

**Nombre Padre/Madre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

3.) ¿Esta alguno de los padres obligado por orden de la corte a proporcionar seguro médico a el niño(s):  Si o  No  1  2  3  4

**Nombre Padre/Madre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable de la cobertura médica del niño(s): \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado de Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_

Teléfono de Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

Número de Grupo: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de Cancelación (si aplica): \_\_\_\_\_

\*\*\*\* **Si existe una orden de la corte, PROPORCIONE UNA COPIA del documento** \*\*\*\*

**Declaración del miembro:** La información anterior es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. También soy consciente de que debo notificar a la Oficina del Fondo de inmediato si alguno de los dependientes inscritos en mi cobertura es elegible para cualquier otra cobertura. Cualquier documento enviado por mí o en nombre de alguna persona elegible que contenga una alteración material o información falsa o falsificada, incluidas las firmas, será rechazado. Los Fideicomisarios se reservan el derecho de referir tales asuntos al Asesor Legal del Fondo para la acción apropiada. Esto no limitará el derecho del Fondo a recuperar las pérdidas que sufra debido a dicho material en cualquier asunto.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_