

## Coordinación de beneficios para la cobertura de seguro

**Nombre de la compañía del seguro principal:** \_\_\_\_\_

Si usted tiene otro seguro además de su cobertura principal, necesitaremos los datos de este seguro adicional para enviárselos a la compañía aseguradora principal. Gracias a la coordinación de beneficios entre todas las compañías aseguradoras, usted recibirá los máximos beneficios disponibles. (**\*Campos obligatorios**)

**PACIENTE** » \*Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ \*Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**ASEGURADO** » \*Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ \*N.º de teléfono: \_\_\_\_\_

\*Relación con el paciente:  Misma persona  Cónyuge  Padre/madre  Otro \_\_\_\_\_

N.º de reclamo o grupo: \_\_\_\_\_ N.º de miembro o suscriptor: \_\_\_\_\_

**\*¿El paciente tiene otro seguro o cobertura de Medicare?**

SÍ » Continúe con el formulario

NO » Vaya a la sección de **Firma**

### **OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA:**

\* Nombre del suscriptor de la otra póliza de seguro: \_\_\_\_\_

\* Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

\* Nombre de la otra compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

\* Dirección del reclamo de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

\*N.º de póliza: \_\_\_\_\_ \*N.º de grupo: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio de la cobertura: \_\_\_\_\_ \*Fecha de finalización de la cobertura (si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Tiene la cobertura de otro seguro?  Propia  Cónyuge  Hijo/a  Otro \_\_\_\_\_

### **FARMACIA**

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

**Si el paciente tiene otra cobertura y es hijo/a o dependiente de padres biológicos que están divorciados o no están casados, y no conviven, complete lo siguiente. Si hay varios pacientes, complete un formulario para cada uno.**

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_

Relación del miembro del otro seguro con el niño:  Padre/madre  Padrastro/madrastra  Tutor legal  Otro \_\_\_\_\_

El niño reside con :  Padre/madre  Padrastro/madrastra  Tutor legal  Otro \_\_\_\_\_

Persona(s) con custodia legal:  Padre/madre  Padrastro/madrastra  Tutor legal  Otro \_\_\_\_\_

¿Existe una orden judicial por la que se haya asignado la responsabilidad principal para la cobertura  
médica?  Sí  No Relación de la persona con la responsabilidad designada  Padre/madre

Padraastro/madrastra  Tutor legal  Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

<b>Nombre y fecha de nacimiento de ambos padres</b>	Nombre de la madre:	Nombre del padre:
	Fecha de nacimiento:	Fecha de nacimiento:

**MEDICARE:**

\*Nombre de la persona con cobertura de Medicare: \_\_\_\_\_

\*N.º de id. de Medicare: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de retiro (si corresponde): \_\_\_\_\_

\*Fecha de entrada en vigencia de la Parte A de Medicare (si corresponde): \_\_\_\_\_

\*Fecha de entrada en vigencia de la Parte B de Medicare (si corresponde): \_\_\_\_\_

\*Fecha de entrada en vigencia de la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare (si  
corresponde): \_\_\_\_\_

\*Motivo del beneficio:

Edad

Discapacidad Fecha de inicio de la discapacidad: \_\_\_\_\_

Enfermedad renal terminal: \_\_\_\_\_

Fecha de la primera diálisis: \_\_\_\_\_

Fecha del trasplante de riñón: \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

\*Nombre del paciente o asegurado (en letra de imprenta): \_\_\_\_\_

\*Firma del paciente o asegurado: \_\_\_\_\_

\*Fecha: \_\_\_\_\_