

**FORMA DE COORDINACION DE BENEFICIOS  
(para aquellos cubiertos bajo este plan)**



Population Health Services

Esta forma puede ser completada en [www.WellSpanPopHealth.com](http://www.WellSpanPopHealth.com) O puede enviar esta forma a nuestro departamento de servicio al Cliente: al PO Box 2347, York, PA 17405 O vía fax al (717) 755-7190. Preguntas: Llámenos al (717) 851-6800 o (800) 842-1768.

**A. INFORMACION DEL SUSCRIPTOR (Por favor escriba claramente)**

Nombre del suscriptor (empleado) \_\_\_\_\_ # de identificación de familia \_\_\_\_\_

Empleador del suscriptor \_\_\_\_\_ Número de teléfono del suscriptor \_\_\_\_\_

LA FORMA se está completando para: (por favor marque todos los que apliquen) MISMO \_\_\_\_\_ ESPOSO(A) \_\_\_\_\_ HIJO(A) \_\_\_\_\_

**¿Está usted o sus dependientes registrados en alguna otra cobertura médica aparte de este plan?  
Esto incluye Medicare, Medicaid o cualquier otra cobertura de salud de grupo.**

SI \_\_\_\_\_ (Complete las secciones B & C) NO \_\_\_\_\_ (Complete la sección C)

**B. SECCION DE OTRA COBERTURA** –favor de proporcionar una copia de la tarjeta del otro plan.

**Nombre del dependiente 1:** \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de plazo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del plan: \_\_\_\_\_

Si es Medicare, circule la razón para elegibilidad: Edad Incapacidad Enfermedad renal terminal

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ # de Identificación de la familia: \_\_\_\_\_ Tipo de cobertura:

Médica \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ COBRA \_\_\_\_\_

**Nombre del dependiente 2:** \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de plazo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del plan: \_\_\_\_\_

Si es Medicare, circule la razón para la elegibilidad: Edad Incapacidad Enfermedad renal terminal

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ # de Identificación de la familia: \_\_\_\_\_ Tipo de Cobertura:

Médica \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ COBRA \_\_\_\_\_

**Nombre del Dependiente 2:** \_\_\_\_\_ Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de plazo: \_\_\_\_\_

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Relación con el suscriptor: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del plan: \_\_\_\_\_

Si es Medicare, circule la razón para elegibilidad: Edad Incapacidad Enfermedad renal terminal

Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_ # de Identificación de la familia: \_\_\_\_\_ Tipo de cobertura:

Médica \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Visión \_\_\_\_\_ Retirado \_\_\_\_\_ COBRA \_\_\_\_\_

Use la parte de atrás de esta forma para agregar más dependientes o para más explicaciones.

**C. FIRMA DEL SUSCRIPTOR**

Yo certifico que la información de arriba es correcta y entiendo que estoy obligado a proporcionar esta información de acuerdo con las provisiones del plan. También entiendo que tengo que notificarle a mi empleador por escrito, si hay algún cambio a la información que proporcioné arriba. La falta de presentar información completa y correcta puede resultar en un retraso del trámite de los beneficios.

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Atención: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier plan de salud, compañía de seguros u otra persona: (1) presente una reclamación de beneficios que contenga información materialmente falsa; o (2) oculta, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier hecho importante, comete un acto fraudulento y puede estar sujeto a sanciones penales y civiles.**