

Cobertura de otro plan de salud del miembro

Instrucciones: Proporcione la información de cobertura de cada integrante de su familia cubierto por su plan de salud.

Deberá enviarla a: _____



SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD

Parentesco	Nombre	Fecha de nacimiento	¿Cobertura de otro plan?
Él mismo (suscriptor principal)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cónyuge			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependiente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

- Si ninguno tiene cobertura de otro plan, diríjase a la **Sección 4** para firmar y enviar el formulario.
- Si alguno tiene cobertura de otro plan, complete la **Sección 2**. También complete la **Sección 3** si hay cobertura de Medicare.
- Si hay más de un plan adicional, indique la información en una copia por separado..

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL OTRO PLAN DE SALUD

Nombre del suscriptor principal	Fecha de nacimiento del suscriptor principal		
ID del miembro/número de póliza (letras incluidas)	Número de grupo		
Nombre del plan de salud			
Dirección del plan de salud: Ciudad		Estado	Código postal
Número de teléfono del plan de salud		Fecha de inicio de la cobertura	Fecha de finalización de la cobertura
Nombre del empleador		El suscriptor se encuentra: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Cubierto en virtud de COBRA	
El plan es: <input type="checkbox"/> Grupal <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Complementario <input type="checkbox"/> Tricare			

Enumere a cada persona cubierta por este plan:

Cónyuge _____ Dependiente _____
Dependiente _____ Dependiente _____
Dependiente _____ Dependiente _____

SUBMIT COMPLETED FORM TO: cobgroup@communityhealthchoice.org

MEMBER SERVICES PHONE: STAR CHIP: 1-888-760-2600 (TTY: 711) • **STAR PLUS:** 1-888-435-2850 (TTY: 711)

MEDICARE: 1-833-276-8306 (TTY: 711) • **MARKETPLACE:** 1-855-315-5386 (TTY: 711)

MAIL FORM TO: Attention Eligibility • Community Health Choice, Inc. • 4888 Loop Central Drive, Ste. 600 • Houston, TX 77081

Cobertura de otro plan de salud del miembro

Instrucciones: Proporcione la información de cobertura de cada integrante de su familia cubierto por su plan de salud.



SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DEL OTRO PLAN DE SALUD SEGUIDO

A. Si el otro plan cubre a un niño, indique lo siguiente:

Nombre de la madre	Fecha de nacimiento
Nombre del padre	Fecha de nacimiento

B. Si los padres están separados, divorciados o no están casados, indique lo siguiente:

Persona con la que resides el niño	Parentesco
Persona que tiene la custodia del niño	Parentesco

C. ¿Existe una orden judicial que establezca la responsabilidad de la cobertura de atención médica?

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Si la respuesta es "Sí", indique lo siguiente: Parte responsable	Parentesco
Si varios hijos tienen cobertura bajo otro plan y la información antes proporcionada varía, indíquela en una copia por separado.	

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE MEDICARE

Nombre del suscriptor de Medicare	Número de ID de Medicare
<input type="checkbox"/> Parte A: fecha de entrada en vigencia <input type="checkbox"/> Parte B: fecha de entrada en vigencia	

Motivo de la elegibilidad:

<input type="checkbox"/> Edad	
<input type="checkbox"/> Discapacidad	
<input type="checkbox"/> Enfermedad renal en estadio terminal	
<ul style="list-style-type: none">• Si el motivo es la enfermedad renal en estadio terminal, indique la fecha de inicio del tratamiento de diálisis• <input type="checkbox"/> Diálisis domiciliaria <input type="checkbox"/> Diálisis en centro especializado• Fecha del trasplante de riñón, si corresponde	

SECCIÓN 4: FIRMA

Nombre de la persona que completa el formulario	Parentesco con el suscriptor
Firma	Fecha
0060886	

SUBMIT COMPLETED FORM TO: cobgroup@communityhealthchoice.org

MEMBER SERVICES PHONE: STAR CHIP: 1-888-760-2600 (TTY: 711) • STAR PLUS: 1-888-435-2850 (TTY: 711)

MEDICARE: 1-833-276-8306 (TTY: 711) • MARKETPLACE: 1-855-315-5386 (TTY: 711)

MAIL FORM TO: Attention Eligibility • Community Health Choice, Inc. • 4888 Loop Central Drive, Ste. 600 • Houston, TX 77081