

# 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](mailto: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 reside 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?

☐ No    ☐ 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
-----------------------------------	--------------------------

☐ Parte A: fecha de entrada en vigencia    ☐ Parte B: fecha de entrada en vigencia

Motivo de la elegibilidad:

- ☐ Edad
- ☐ Discapacidad
- ☐ Enfermedad renal en estadio terminal
  - Si el motivo es la enfermedad renal en estadio terminal, indique la fecha de inicio del tratamiento de diálisis
  - ☐ Diálisis domiciliaria    ☐ 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](mailto: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