



CUESTIONARIO SOBRE OTRAS COBERTURAS

¿Tiene usted o alguno de sus dependientes seguro médico a través de Medicare u otro proveedor? Tal vez su cónyuge y usted tienen cobertura a través de sus empleadores por separado, o tal vez usted acaba de volverse apto elegible para Medicare. Si usted se encuentra cubierto por otra compañía o plan de seguros, necesitamos saberlo para asegurarnos de que estamos administrando sus beneficios correctamente y que usted está obteniendo el beneficio total de cada plan.

¿Cuál es la diferencia entre cobertura primaria y secundaria?

La Cobertura Primaria es el plan que es responsable de pagar sus gastos médicos primero, antes que cualquier otro plan o cobertura de seguro.

La Cobertura Secundaria proporciona cobertura adicional para sus gastos médicos elegibles después de que su plan primario haya pagado su parte.

Tenga en cuenta que usted no elige cuál cobertura es la principal y cuál es la secundaria, esas reglas están establecidas por las leyes y reglamentos, así como por las pautas específicas del plan.

Por favor, use este formulario para informarnos sobre cualquier otra cobertura que usted o sus dependientes cubiertos puedan tener, incluyendo Medicare.

- Complete todos los campos las secciones de este formulario.
- Guarde una copia del formulario completo para sus archivos.
- Envíenos el formulario completo directamente a la dirección o número de fax que se muestra a continuación.
- Si esta información cambia en cualquier momento, por favor complete un nuevo formulario y háganos saber del cambio para que podamos procesar correctamente sus solicitudes elegibles.
- Esta información le será solicitada anualmente, o de acuerdo a los plazos requeridos por su plan de salud.

¿Qué pasa después?

Después de recibir su cuestionario firmado y completado, actualizaremos nuestro sistema con esta información. Si usted tiene algún reclamo que fue previamente negado por esta información, esos reclamos serán procesados automáticamente y usted recibirá una nueva explicación de beneficios (EDB). La EDB explica los cargos que se aplican a su deducible (cantidad que usted paga por los servicios cubiertos antes de que su plan comience a pagar) y cualquier cargo que usted pueda deberle al proveedor, así como cualquier cantidad ya pagada por su cobertura primaria, si corresponde. Por favor mantenga su EOB en archivo en caso de que lo necesite en el futuro. También puede acceder a la información de su reclamo en nuestro sitio web www.adept-compass.com.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR

Nombre del empleado (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre)	ID de Miembro / No. de Grupo
Dirección del Empleado (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
Fecha de nacimiento del empleado	Número de teléfono del empleado

OTRA INFORMACIÓN DE COBERTURA

¿Tiene usted o alguno de sus dependientes cubiertos otra cobertura de salud existente (aparte de la mencionada anteriormente)?

No - Por favor firme y ponga la fecha al final de este formulario y envíelo a Compass Health Administrators

Si - Por favor, proporcione la información solicitada a continuación para cada aseguradora/plan adicional y enumere a cada miembro cubierto bajo ese plan

Por favor complete la siguiente información para usted, su cónyuge o cualquier otro dependiente que tenga otra cobertura de salud o de medicamentos recetados además de la cobertura identificada anteriormente.

Nombre de la aseguradora/planeta plan	Nombre del asegurado	Fecha de Nacimiento
---------------------------------------	----------------------	---------------------

Tipo de Plan Empleador Medicare Individual Retirado Jubilado Cobra Otro_____

Tipo de cobertura (Médica, Dental, de la vista)	Fecha de entrada en vigor inicio de cobertura / /	Fecha de vencimiento / /
---	--	-----------------------------

NOMBRE	APELLIDO	RELACIÓN	FECHA DE ENTRADA EN VIGOR DE LA COBERTURA	ES LA COBERTURA ORDENADA POR EL TRIBUNAL*	VIVE EN EL MISMO HOGAR
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es Sí, por favor anote la fecha de vigencia del acuerdo aquí: _____

Se puede solicitar documentación

Al firmar a continuación, declaro que la información anterior es correcta. Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración que contenga una tergiversación o cualquier información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un acto criminal punible según la ley y puede estar sujeto a sanciones penales.

Signature: _____

Date: _____