Cuestionario para el empleado: Solicitud de información de otro seguro médico

Este formulario se presenta para informarnos de todas las coberturas de seguro médico que usted dispone. Si tiene otro seguro además de su cobertura de HealthSCOPE Benefits, necesitaremos la información de su otro seguro. Al coordinar los beneficios con todas las compañías de seguros, la persona asegurada recibe los beneficios máximos disponibles.

Importante: Su respuesta es obligatoria. Si no proporciona la información solicitada en este formulario, es posible que el procesamiento de sus reclamos médicos se demore. **Responda aunque no tenga ninguna otra cobertura de seguro médico.**

Usted puede proporcionar esta información de una de 4 maneras:

- Llame al número que se encuentra en su tarjeta de ID para hablar con un representante
- Visite **healthscopebenefits.com**, luego inicie sesión en el portal para miembros y elija **"Other medical insurance" (Otro seguro médico)**
- Llene este formulario y **envíelo por correo** a **HealthSCOPE Benefits, P.O. Box 30962, Salt Lake City, UT 84130**
- Llene este formulario y **envíelo por fax** al **877-293-4926**

Información personal

Nombre del miembro _____ Fecha de nacimiento ___/___/___ (MM / DD / AAAA)

Número de ID de miembro _____ Número de reclamo *(si corresponde)* _____

Nombre del paciente _____ Nombre de la persona asegurada _____

N.º de teléfono ___-___-___

Relación de la persona asegurada con el paciente ☐ Miembro ☐ Cónyuge ☐ Padre o madre

☐ Otra _____

¿Tiene el paciente otro seguro o cobertura de Medicare?

☐ **Sí – otro seguro:** Si marca esta casilla, siga en la sección **Otra compañía de seguros** de este formulario.

☐ **Sí – Medicare:** Si marca esta casilla, siga en la sección **Medicare** de este formulario.

☐ **No** – Si marca esta casilla, siga en la sección Firma de este formulario.

(Continúa)

Otra compañía de seguros

Nombre del suscriptor de la otra póliza de seguro _____

Nombre de la otra compañía de seguros _____ Teléfono de la compañía de seguros ____-____-____

Nombre del empleador _____

Número de póliza _____ Número de grupo _____

Fecha de inicio de la cobertura ____/____/____ (MM/DD/AAAA) Fecha de finalización de la cobertura *(si corresponde)* ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

El otro seguro cubre ◯ Miembro ◯ Cónyuge ◯ Dependiente ◯ Otros _____

Si el paciente tiene otra cobertura y es hijo o dependiente cuyos padres biológicos están divorciados o no están casados y no viven juntos, llene lo siguiente. Si hay varios pacientes, llene un formulario aparte para cada uno.

Nombre de los dependientes _____

Relación del miembro del otro seguro con el hijo ◯ Padre o madre ◯ Padrastro o madrastra ◯ Tutor legal ◯ Otra _____

El hijo reside con ◯ Padre o madre ◯ Padrastro o madrastra ◯ Tutor legal ◯ Otro _____

Persona con custodia legal ◯ Padre o madre ◯ Padrastro o madrastra ◯ Tutor legal ◯ Otra _____

¿Hay un decreto judicial que haya asignado la responsabilidad primaria para la cobertura de cuidado de la salud? ◯ Sí ◯ No

Relación de la parte con la responsabilidad del decreto ◯ Padre o madre ◯ Padrastro o madrastra ◯ Tutor legal ◯ Otra _____

Nombre de la parte responsable _____

Nombre de la madre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Nombre del padre _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Medicare

Nombre de la persona cubierta por Medicare _____ Número de ID de Medicare _____

Fecha de jubilación *(si corresponde)* ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Fecha de vigencia de la **Parte A** de Medicare *(si corresponde)* ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Fecha de vigencia de la **Parte B** de Medicare *(si corresponde)* ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Fecha de vigencia de la cobertura de medicamentos con receta de la **Parte D** de Medicare *(si corresponde)* ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Motivo del derecho ◯ Edad ◯ Discapacidad Fecha en que comenzó la discapacidad ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

◯ Enfermedad renal en etapa terminal Primera fecha de diálisis ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Fecha del trasplante de riñón ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

Firma

Nombre del empleado en letra de molde _____ Firma del empleado _____

Fecha ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

© 2025 United Healthcare Services, Inc. UMF0021-HSB-SP 0225 UA
Ninguna parte de este documento puede reproducirse sin autorización.