

HOJA DE TRABAJO PARA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Miembro ID #: _____

Nombre del Paciente: _____

Nombre del Proveedor: _____

A fin de proveer rapidez de procesamiento de reclamos, WellStar Health System ha completado la información de Coordinación de Beneficios (COB) en conjunto con el miembro antes mencionado o el garante de dicho miembro.

1. ¿Usted o algún miembro de su familia está cubierto por otra póliza además de _____, el cual es el seguro que actualmente figura como su cobertura para esta visita?

Si es "SÍ", complete la información a continuación. Si la otra cobertura es Medicare, pase al punto 3.

Si es "NO", por favor pase al punto 4.

Nombre del Titular Principal de la Póliza: _____ ID / Póliza #: _____

Nombre de otra Aseguradora: _____ Teléfono: _____

Nombre de Grupo del Empleador y Número: _____ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza: _____

Fecha Efectiva de Otra Cobertura: _____

Tipo de Otro Plan de Seguro (marque todas las que correspondan):

- Médico Recetas Dental Visión

Favor de identificar quién está cubierto bajo la otra póliza:

Nombre: _____ Relación con el titular de la póliza: _____

Nombre: _____ Relación con el titular de la póliza: _____

Nombre: _____ Relación con el titular de la póliza: _____

Nombre: _____ Relación con el titular de la póliza: _____

2. Si los hijos dependientes están cubiertos por otra póliza, ¿Hay alguna cobertura ordenada por el tribunal?

- Sí No Si es Sí, favor de dar el nombre del niño/a, y el nombre del padre o guardián responsable por la cobertura:

Nombre del niño/a: _____ Persona Responsable por la Cobertura: _____ Relación: _____

Si no hay orden del tribunal, ¿Quién tiene custodia del niño/a? _____

3. Información de Cobertura de Medicare:

Nombre	¿Empleado Activo?	Parte A fecha efectiva	Parte B fecha efectiva	Número de Medicare
	Sí o No			
	Sí o No			

¿Está Medicare relacionado con Estado Final de Enfermedad Renal (del riñón) (ESRD)?

Si, es así, favor de dar la fecha de la primera diálisis renal: _____

4. Certifico que la información arriba mencionada está correcta:

Firma del Paciente

Fecha

No. de Teléfono

WellStar Health System
805 Sandy Plains Road
Marietta, GA 30066

Teléfono Servicio al Cliente: 470-245-9998

WellStar

- AMC Kennestone Sylvan Grove
 AMC South North Fulton West Georgia
 Cobb Paulding Windy Hill
 Douglas Spalding _____

Coordination of Benefits Information Worksheet - Spanish

