



## Coordinación de beneficios:

Si está cubierto por otro plan de salud médico, oftalmológico, farmacéutico o dental, coordinamos los beneficios con otras aseguradoras para ayudarlo a recibir todos los beneficios de esos planes. Al coordinar los beneficios, podemos reducir sus gastos de desembolso por los servicios cubiertos.

En el momento de su inscripción inicial y de forma anual, solicitamos información sobre otros seguros para verificar cualquier cambio que se haya producido durante el año. Para evitar que se retrase o rechace su reclamo, le pedimos que complete este formulario y nos lo devuelva en un plazo de 30 días. Para evitar retrasos, complete y devuelva el formulario aunque no tenga otra cobertura.

Infórmenos si usted o algún familiar suyo tiene actualmente otra cobertura médica, de la visión, de farmacia o dental (incluidos Medicare y Medicaid) o si han tenido alguna en los últimos 12 meses. Adjunte una hoja aparte para cualquier información adicional sobre el plan.

¿Tiene usted o cualquier familiar alguna otra cobertura médica, de la visión, de farmacia o dental en la actualidad (incluidos Medicare y Medicaid)? ¿Han tenido otra cobertura de salud en los últimos 12 meses? Si tienen o han tenido una cobertura de salud múltiple en los últimos 12 meses, adjunte una hoja aparte para cualquier información adicional sobre el plan.

**Escriba con un teclado o en letra imprenta legible toda la información solicitada y firme en la Sección 8. ¡Gracias!**

### Sección 1 ▶ Información del miembro/suscriptor

(Nombre) del miembro/suscriptor	(Apellido) del miembro/suscriptor	N.º de identificación del suscriptor
Teléfono del miembro/suscriptor	Correo electrónico del miembro/suscriptor	

### Sección 2 ▶ Otro seguro médico

¿Hay otro seguro médico?  Sí (si la respuesta es "sí", complete la siguiente sección)  No

Nombre del suscriptor	N.º de identificación o póliza del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor
Otra compañía de seguros	Dirección de la otra compañía de seguros	
Teléfono de la otra compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros
Tipo de la otra compañía de seguros: <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Complemento de Medicare <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
Nombres de las personas cubiertas por la otra compañía de seguros		

### Sección 3 > Otro seguro de la visión

¿Hay otro seguro de la visión?  Sí (si la respuesta es "sí", complete la siguiente sección)  No

Nombre del suscriptor	N.º de identificación o póliza del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor
Otra compañía de seguros	Dirección de la otra compañía de seguros	
Teléfono de la otra compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros
Tipo de la otra compañía de seguros: <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
Nombres de las personas cubiertas por la otra compañía de seguros		

### Sección 4 > Otro seguro de farmacia

¿Hay otro seguro de farmacia?  Sí (si la respuesta es "sí", complete la siguiente sección)  No

Nombre del suscriptor	N.º de identificación o póliza del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor
Otra compañía de seguros	Dirección de la otra compañía de seguros	
Teléfono de la otra compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros
Tipo de la otra compañía de seguros: <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Corto plazo <input type="checkbox"/> Complemento de Medicare <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
Nombres de las personas cubiertas por la otra compañía de seguros		

### Sección 5 > Otro seguro dental

¿Hay otro seguro de dental?  Sí (si la respuesta es "sí", complete la siguiente sección)  No

Nombre del suscriptor	N.º de identificación o póliza del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor
Otra compañía de seguros	Dirección de la otra compañía de seguros	
Teléfono de la otra compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros
Tipo de la otra compañía de seguros: <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> COBRA <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Medicare/Medicaid <input type="checkbox"/> Otro (especificar):		
Nombres de las personas cubiertas por la otra compañía de seguros		

### Sección 6 > Información relativa a la cobertura médica

Nombre del miembro que tiene Medicare	N.º de identificación de Medicare del miembro	Fecha de nacimiento del miembro
Fecha de entrada en vigor de la PARTE A de Medicare	Fecha de entrada en vigor de la PARTE B de Medicare	
Fecha de entrada en vigor de la PARTE C de Medicare	Fecha de entrada en vigor de la PARTE D de Medicare	
¿Ha renunciado a la cobertura de la PARTE B de Medicare en la que era elegible para inscribirse? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Motivo de la cobertura médica: <input type="checkbox"/> 65 años o más <input type="checkbox"/> Discapacidad debido a: <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD), fecha de inicio de diálisis:		

## Sección 7 > Padres separados o divorciados

Si los padres de los hijos cubiertos por Summit Health están separados, divorciados o no viven juntos, complete esta sección.

¿Existe una orden judicial que establezca que uno de los progenitores es responsable de los gastos de salud de los hijos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (si la respuesta es "no", pase a la siguiente sección)	Enumere los nombres de los hijos a los que se aplica la orden judicial:
Si ha contestado "sí" a la pregunta anterior, ¿cuál es el nombre de la persona responsable y qué relación tiene con los niños?	

Si no existe una orden judicial que asigne la responsabilidad de la cobertura de salud a uno de los progenitores, complete este apartado.

¿Existe una custodia compartida o la orden establece que ambos progenitores son responsables de los gastos de atención médica de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enumere los nombres de los niños a los que se aplica esto:
Si ha contestado "no" a la pregunta anterior, ¿cuál es el nombre de la persona que tiene la custodia y qué relación tiene con los niños?	

Complete este apartado si alguno de los progenitores se ha vuelto a casar.

Información sobre el progenitor con la custodia		
Nombre	Fecha de nacimiento	
Compañía de seguros	N.º de identificación o póliza	
Número de teléfono de la compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros

Información sobre el progenitor sin la custodia		
Nombre	Fecha de nacimiento	
Compañía de seguros	N.º de identificación o póliza	
Número de teléfono de la compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros

Información sobre el cónyuge o la pareja doméstica con la custodia		
Nombre	Fecha de nacimiento	
Compañía de seguros	N.º de identificación o póliza	
Número de teléfono de la compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros

Información sobre el cónyuge o la pareja doméstica sin la custodia		
Nombre	Fecha de nacimiento	
Compañía de seguros	N.º de identificación o póliza	
Número de teléfono de la compañía de seguros	Fecha de entrada en vigor de la cobertura de la otra compañía de seguros	Fecha de finalización de la cobertura de la otra compañía de seguros

## Sección 8 > Autorización

Le agradecemos el tiempo que ha dedicado a completar la información de este formulario.

Su firma a continuación certifica que la información en este formulario está completa y es correcta según su leal saber y entender. Usted se compromete a ponerse en contacto con nosotros inmediatamente si se producen cambios en cualquiera de sus coberturas.

Firma del miembro/suscriptor X		Fecha
Teléfono diurno del miembro/suscriptor	Correo electrónico del miembro/suscriptor	

**¿Está listo para enviar el formulario?** Envíe este formulario a Summit Health:

Correo postal: P.O. Box 820070, Portland OR 97282

**¿Tiene preguntas?** Estamos para ayudarlo. Comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Cliente al número gratuito 844-827-2355. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).

[yoursummithealth.com](http://yoursummithealth.com)