



**CUESTIONARIO PARA LA COORDINACIÓN
DE BENEFICIOS
COORDINATION OF BENEFITS
QUESTIONNAIRE**

El contrato con su aseguradora puede tener una disposición para la Coordinación de Beneficios (COB). Dependemos de su ayuda para poder procesar sus reclamos de forma correcta. Por favor llene la información a continuación.

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	Nombre de la aseguradora	Número de identificación el seguro
---------------------	---------------------	--------------------------	------------------------------------

Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular	Relación con el paciente
---------------------------------	---------------------------------	--------------------------

¿Qué tipo de póliza es la cobertura principal? Empleador Medicaid Medicare Advantage Medicare Otro

Empleador del titular de la póliza primaria: _____

Si el paciente es menor de edad o dependiente – Por favor escribe el nombre y fecha de nacimiento de ambos padres:

Madre	Fecha de nacimiento	Padre	Fecha de nacimiento
-------	---------------------	-------	---------------------

Los padres naturales están: Casados No casados

Sección A – Otro seguro: ¿El paciente está cubierto por otro seguro médico?

No - Si no tiene, por favor firme, feche y entréguenos este formulario, indique que “no tiene otro seguro”. (Brinque a la sección B)

Sí - Si sí tiene, por favor llénela información a continuación que se refiera al miembro(s) que tenga la cobertura.

¿Qué tipo de póliza es la otra cobertura? Empleador Medicaid Medicare Advantage Medicare Otro

Nombre de la aseguradora	Número de identificación (ID)
--------------------------	-------------------------------

Nombre del titular de la póliza	Fecha de nacimiento del titular de la póliza
---------------------------------	--

Fecha de vigencia del otro seguro	Si se canceló: Fecha de la cancelación
-----------------------------------	--

El titular: Trabaja activamente para el empleador Inactivo En COBRA, que empezó: _____ / _____ / _____

Empleador del titular de la segunda póliza: _____

Sección B – Derechos de Enfermedad Renal Terminal– pacientes con ERT (ESRD) únicamente

Fecha de la primera diálisis renal	Fecha del trasplante de riñón	Fecha que empezó el período de coordinación de 30 meses
------------------------------------	-------------------------------	---

Sección C – Firma obligatoria

Firma del titular de la póliza	Fecha
--------------------------------	-------





COORDINATION OF BENEFITS QUESTIONNAIRE

Your insurance contract may contain a Coordination of Benefits (COB) provision. We depend upon your help in order for your claims to process correctly. Please complete the information below.

Patient Name Patient DOB Insurance Name Insurance ID Number

Policy Holder Name Policy Holder DOB Relationship to patient

What type of policy is Primary Coverage? Employer Medicaid Medicare Advantage Medicare Other

Primary Policy Holder's Employer: _____

If the patient is a child or dependent – Please provide Name and birthdate of both parents:

Mother Mother's DOB Father Father's DOB

Are the natural parents: Married Not Married

Section A – Other insurance - Is the patient covered by another medical insurance?

- No** - If no, please sign, date and return this form to us, indicating "No other insurance." (Skip to Section B).
 Yes - If yes, please complete all the fields below that pertain to the member(s) that has the other coverage.

What type of policy is the other coverage? Employer Medicaid Medicare Advantage Medicare Other

Insurance Carrier's Name ID Number

Insurance Policyholder's Name Insurance Policyholder's Date of Birth

Effective Date of Other Insurance If Cancelled, Cancellation Date

Is the policyholder: Actively working for the employer Inactive On COBRA, which began: _____ / _____ / _____

Secondary Policyholder's Employer: _____

Section B – End Stage Renal Disease Entitlement – ESRD patients Only

First Kidney Dialysis Date Kidney Transplant Date Date 30 month coordination period began

Section C – Signature Required

Policyholder's Signature Date