

Formulario de Coordinación de beneficios para nuevos miembros

Complete y devuelva.

ID de SFHP: _____

Nombre del miembro: _____

Estimado miembro:

Para poder darle el trámite adecuado a sus reclamos, San Francisco Health Plan solicita que complete el formulario de coordinación de beneficios (COB) todos los años. El formulario proporciona información sobre si usted está cubierto por más de un plan de atención médica.

Sección 1: Otra cobertura

¿Tiene alguna otra cobertura de seguro médico? Sí ____ No ____

Si la respuesta es **sí**, complete la Sección 2 y firme la Sección 3.

Si la respuesta es **no**, firme la Sección 3. Para asegurarse de que no haya ningún retraso en el procesamiento de sus reclamos, devuelva este formulario con el sobre para devolución.

Sección 2: Información necesaria para coordinar los beneficios

Información de otra compañía de seguro médico

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Nombre del empleador: _____ ¿Empleado activamente? (Y/N): _____

¿Está jubilado? (Y/N) _____

Nombre de la compañía aseguradora: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Número de ID de la póliza: _____ Fecha efectiva de la cobertura: _____

Número de grupo: _____ Fecha de terminación de la cobertura: _____

Tipo de cobertura (marque todas las opciones que correspondan):

Médica Seleccione el tipo: PPO HMO EPO POS Otro _____

Medicare **Medicaid/Medi-Cal** **Dental** **Vista** **Medicamentos con receta**

Sección 3: Confirmación

Por este medio confirmo que la información anterior es verdadera, completa y correcta según mi leal saber y entender.

Nombre en letra de molde: _____ N.º de teléfono: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe a:

San Francisco Health Plan
Attention: Member Eligibility Management
P.O. Box 194247
San Francisco, CA 94119

Si tiene deficiencia auditiva, llame a la línea de TDD/TTY al **1(415) 547 7830**, al número de llamada gratuita **1(888) 883-7347** o por medio de California Relay Service al **711**. Puede solicitar este documento en otros formatos, como Braille, letra grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda con la lectura de este documento y otros materiales de SFHP, llame a Atención al Cliente al **1(415) 547-7800** o al número de llamada gratuita al **1(800) 288 5555**.