



Formulario de Coordinación de Beneficios

Coordination of Benefits Form

I. Información sobre el Suscriptor - Subscriber Information

NOMBRE / Name _____ APELLIDO PATERNO / Lastname _____ APELLIDO MATERNO / Surname _____

NUMERO DE CONTRATO / Contract Number

Su cubierta de seguro médico/dental contiene una cláusula de Coordinación de Beneficios. El procesamiento de las reclamaciones bajo su seguro médico/dental podría depender de su contestación. *Your health/dental insurance policy contains a Coordination of Benefits provision. Processing of claims submitted under your insurance policy may be dependent upon your response.*

POR FAVOR, COMPLETE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO DENTRO DE LOS PRÓXIMOS QUINCE (15) DÍAS.
Please, fill and return this form within fifteen (15) days.

¿Usted o algún miembro de su familia que está actualmente cubierto por el plan de salud tiene cubierta bajo otro seguro médico, dental, farmacia o Medicare?
Are you or any member of your family that is currently covered by your health insurance also covered by another plan, dental plan, pharmacy insurance or Medicare?

- NO _____ **Si marcó "NO", favor de firmar y devolver el formulario.**
If "NO" was checked, please sign and return this form to us.
- Sí / Yes _____ **Si marcó "Sí", favor de completar las siguientes secciones:**
If "YES" was checked, please complete the following sections:
- Cambio/Update _____ **Si marcó "Cambio", favor de indicar el plan, la efectividad y/o cancelación del mismo.**
If "Update" was checked, please indicate health plan, efectivity date and cancelation date.

II. Información sobre el otro seguro - Information about other insurance

NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA SEGURO/ Name of other Insurance Company _____ NÚMERO PÓLIZA/ Policy Number _____ NÚMERO CONTRATO/ Contract Number _____

TIPO DE PLAN/Plan Type

- Plan Salud Grupal
- Póliza Individual (Pago Directo)/Individual Policy
- ELA
- Plan Empleados Federales/FEHBP
- Medicare A o B
- Medicare Parte D
- Medicare Advantage
- TriCare
- MI SALUD/Government Health Plan
- Otro/Other _____

COVERAGE/Cubiertas

- Hospital
- Médico Quirúrgico/Medical-Surgical
- Ambulatoria/Ambulatory
- Maternidad/Maternity
- Dental
- Farmacia/Pharmacy
- Gastos Médicos Mayores/Major Medical
- Complementaria/Complementary

FECHA APERTURA/Open Date

MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year

FECHA CANCELACIÓN/Cancelation Date

MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year

DIRECCIÓN DEL OTRO SEGURO MÉDICO / Other Insurance Address

TELÉFONO / Phone () _____ - _____

FACSÍMIL / Fax () _____ - _____

NOMBRE SUSCRIPTOR/ Subscriber Name _____ APELLIDO PATERNO / Last Name _____ APELLIDO MATERNO / Surname _____

PATRONO DEL OTRO SEGURO/ Other Insurance Employer

ESTATUS DEL SUSCRIPTOR/Subscriber Status

- Empleado Activo/Actively Working
- Inactivo/Inactive
- Retirado desde/Retired Since: _____ - _____ - _____
MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year
- COBRA desde/COBRA Since: _____ - _____ - _____
MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year

NÚM. DE SEGURO SOCIAL/Social Security No.

FECHA NACIMIENTO/Date of Birth

MES/Mo DÍA/Day AÑO/Year

DIRECCIÓN / Address

TELÉFONO / Phone () _____ - _____

III. Información sobre dependientes en el otro seguro - Information about dependents on other insurance

NOMBRE Y APELLIDOS/ Name, Last and Surnames	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	PARENTESCO CON SUSCRIPTOR Relationship with subscriber's insured
1 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
2 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
3 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
4 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____
5 _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	M <input type="radio"/> F <input type="radio"/>	_____

Utilice otro formulario para añadir dependientes adicionales
Use another form to include additional dependents

Incluya la información de Medicare al dorso
Include Medicare information on reverse

Favor de firmar al dorso
Please, sign on reverse of form

IV. Divorciados, separados o con custodia - Divorced, separated, or with custody

Complete esta sección si usted es divorciado(a), separado(a) o tiene custodia de algún menor dependiente bajo seguro médico sin importar que duplique información incluida en la Sección II de este formulario. Complete this section if you are divorced, separated, or have custody of any dependent child under your health insurance contract. Please, complete this section even if some of the information is already included in Section II of this form.

NOMBRE Y APELLIDOS/ Name, Last and Surnames	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	PARENTESCO CON ASEGURADO DE SUSCRIPTOR Relationship with subscriber's insured											
1 _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			_____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year													
2 _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			_____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year													
3 _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			_____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year													
4 _____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			_____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year													

INFORMACIÓN DEL SEGURO QUE PROVEE CUBIERTA A LOS MENORES DEPENDIENTES/ Information of the Health Insurance providing minor's coverage:

NOMBRE DE LA OTRA COMPAÑÍA SEGURO/ Name of other Insurance Company	NÚMERO PÓLIZA/ Policy Number	NÚMERO CONTRATO/ Contract Number																						
_____	_____	_____																						
TIPO DE PLAN/Plan Type <input type="radio"/> Plan Salud Grupal <input type="radio"/> Póliza Individual (Pago Directo)/Individual Policy <input type="radio"/> ELA <input type="radio"/> Plan Empleados Federales/FEHBP <input type="radio"/> Medicare A o B <input type="radio"/> Medicare Parte D <input type="radio"/> Medicare Advantage <input type="radio"/> TriCare <input type="radio"/> MI SALUD/Government Health Plan <input type="radio"/> Otro/Other _____		COVERAGE/Cubiertas <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Médico Quirúrgico/Medical-Surgical <input type="radio"/> Ambulatoria/Ambulatory <input type="radio"/> Maternidad/Maternity <input type="radio"/> Dental <input type="radio"/> Farmacia/Pharmacy <input type="radio"/> Gastos Médicos Mayores/Major Medical <input type="radio"/> Complementaria/Complementary																						
FECHA APERTURA/Open Date <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>								MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			FECHA CANCELACIÓN/Cancelation Date <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year		
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year																						
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year																						
DIRECCIÓN DEL OTRO PLAN MÉDICO / Other Insurance Address _____ _____ _____																								
TELÉFONO / Phone () _____ - _____ FACSIMIL / Fax () _____ - _____																								

INDIVIDUO RESPONSABLE DEL SEGURO DE LOS MENORES DEPENDIENTES/ Individual responsible for minor's coverage:

NOMBRE Y APELLIDOS/ Name, Last and Surnames	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	PARENTESCO CON MENOR(ES) Relationship with minor(s)											
_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			_____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year													

V. Información sobre Medicare - Medicare Information

Complete la siguiente información para cada asegurado bajo su contrato de plan de salud que tenga cubierta de Medicare. Complete the following information for each member on your health plan contract is also covered by Medicare

1	NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO DE MEDICARE Name, Last and Surname of Medicare Beneficiary	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	FECHA DE EFECTIVIDAD/Effective Date PARTE A/Part A	PARTE B/Part B										
	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			_____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year														
	RAZÓN PARA CUBIERTA DE MEDICARE (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) Reason for Medicare coverage (Check all that apply) <input type="radio"/> Edad/Age (65) <input type="radio"/> Incapacidad/Disability <input type="radio"/> Fallo Renal Crónico/End-Stage-Renal disease <input type="radio"/> Dependiente/Dependent			NÚMERO MEDICARE / Medicare Claim Number <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
2	NOMBRE Y APELLIDOS DE BENEFICIARIO DE MEDICARE Name, Last and Surname of Medicare Beneficiary	FECHA NACIMIENTO/Date of Birth	SEGURO SOCIAL/ Social Security	SEXO/Sex	FECHA DE EFECTIVIDAD/Effective Date PARTE A/Part A	PARTE B/Part B										
	_____	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>MES/Mo</td><td>DÍA/Day</td><td colspan="2">AÑO/Year</td><td> </td></tr> </table>							MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year			_____	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	_____
MES/Mo	DÍA/Day	AÑO/Year														
	RAZÓN PARA CUBIERTA DE MEDICARE (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) Reason for Medicare coverage (Check all that apply) <input type="radio"/> Edad/Age (65) <input type="radio"/> Incapacidad/Disability <input type="radio"/> Fallo Renal Crónico/End-Stage-Renal disease <input type="radio"/> Dependiente/Dependent			NÚMERO MEDICARE / Medicare Claim Number <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												

VI. Certificación- Certification

Certifico que la información antes provista es correcta y veraz. Reconozco además que proveer información falsa o incorrecta podría conllevar no sólo la cancelación de mi seguro médico con TRIPLE-S SALUD, así como las disposiciones aplicables de las leyes contra el fraude. I hereby certify that the information provided hereinabove is accurate and true. I further recognize that providing false or inaccurate information may lead to the cancellation of my health insurance and to filling of criminal charges under the antifraud statutes.

Devuelva el formulario
Completado a:
Return the completed form to

Departamento de Operaciones de Servicio
TRIPLE-S SALUD
PO Box 363628
San Juan, PR 00936-3628

Su Firma / Your Signature

12/28/22
Fecha / Date