

(Los miembros de Medicaid y Child Health Plan Plus (CHP+) pueden omitir la sección 3 a continuación y pasar a la sección 4).

Si su(s) hijo(s) dependiente(s) está(n) cubierto(s) por otro plan y los padres biológicos están divorciados o separados, necesitaremos la siguiente información para coordinar los beneficios y pagos:

¿Alguno de los padres está obligado por una sentencia de divorcio a tener una cobertura de salud?

Madre Padre Ambos

Debe proporcionarnos una copia de la sentencia de divorcio o del plan parental, y el nombre, domicilio y número de teléfono del padre o la madre que tiene la custodia, para que podamos determinar el orden correcto de los beneficios y a quién debemos enviar los posibles sobrepagos.

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN DE MANUTENCIÓN/CUSTODIA				
	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Nombre del seguro
Padre o madre biológicos con custodia				
Padraastro o madrastra con custodia				
Padre o madre biológicos <i>sin</i> custodia				
Padraastro o madrastra <i>sin</i> custodia				

SECCIÓN 4: FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	
Las declaraciones hechas anteriormente son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.	
Firma del titular de la póliza:	Fecha:

SECCIÓN 5: ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO A DHMP	
Por correo postal: Denver Health Medical Plan, Inc. Attn: Coordination of Benefits 938 Bannock Street Denver, CO 80204	Por fax: 303-602-2095

SECCIÓN 6: DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD
Por medio de esta declaración se le informa el objetivo de recopilar su información personal y la forma en la que se utilizará dicha información. OBJETIVO: recopilar información sobre usted para procesar sus reclamos médicos y de medicamentos con receta médica en virtud de su plan de beneficios de seguro y coordinar las actividades de pago con otro seguro de salud que pueda estar disponible para usted o sus familiares. USOS DE RUTINA: es posible que sus registros se divulguen a organismos federales y estatales, y a otras empresas de seguro de salud para coordinar sus beneficios y pagos por la atención médica y los medicamentos con receta médica recibidos. DIVULGACIÓN: es voluntaria. Si decide no proporcionar esta información, no se le impondrá ninguna sanción, pero no proporcionar la información solicitada de manera oportuna podría provocar la demora o negación de los pagos y reclamos, o la recuperación retrospectiva del pago hecho anteriormente por reclamos. Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services) al número de teléfono que figura en su tarjeta de id. de miembro.