



Si tiene más de un plan de seguro de salud, debe informarlo a Denver Health Medical Plan (DHMP). DHMP utiliza la coordinación de beneficios, conocida como COB, al procesar sus facturas de atención médica. Dígame a DHMP qué plan debe pagar las facturas de atención médica en primer lugar y en segundo lugar.

Para procesar su factura de atención médica, necesitamos información sobre otro seguro de atención médica que pueda tener. Complete la información a continuación. Firme la parte inferior del formulario. Envíe el formulario al domicilio indicado. Envíe el formulario completado **dentro de los 10 días calendario** para que podamos procesar su factura rápidamente.

SECCIÓN 1: MIEMBROS CUBIERTOS POR DHMP				
Núm. de id. del miembro	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Tiene otra cobertura?
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No
				Sí No

Complete la siguiente información para todas las demás coberturas. Complete un segundo formulario si es necesario. **Si nos da una copia de su tarjeta de id. de miembro, puede omitir la sección 2 e ir a la sección 3.**

SECCIÓN 2: INDICAR LA INFORMACIÓN DE LA OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA		
Nombre del titular de la póliza: (con letra de imprenta)	Fecha de nacimiento: 	Núm. de grupo/plan:
Relación con el miembro de DHMP:	Núm. de id. del miembro:	
Nombre de la compañía aseguradora:	Domicilio de la compañía aseguradora:	
Ciudad, estado y código postal de la compañía aseguradora:	Núm. de teléfono de la compañía aseguradora:	

Nombres de los miembros cubiertos por esta póliza:	Números de id. de los miembros cubiertos por esta póliza:

Los miembros de Medicare, Medicaid y CHP+ pueden omitir la sección 3 y pasar a la sección 4.

Cuando sus hijos dependientes están cubiertos por otro plan o los padres están divorciados o separados, necesitamos más información.

¿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. Debe incluir el nombre, el domicilio y el número de teléfono del progenitor que tiene la custodia.

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/madre biológico/a sin custodia				
Padraastro o madrastra sin 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

ENVÍE POR CORREO POSTAL A:

Denver Health Medical Plan, Inc.
Attn: Coordination of Benefits
777 Bannock St., MC6000
Denver, CO 80204

Por fax:

303-602-2095