

保险范围福利协调

主要保险公司名称：_____

如果除了主要保险外，您还有其他保险，我们需要将您的其他保险信息送至您的主要保险公司。通过协调所有保险公司之间的福利，您可以获得最多的福利。（*必填字段）

患者» *患者姓名：_____ *出生日期：_____

投保人» *投保人姓名：_____ *电话号码：_____

*与患者的关系： 本人 配偶 父母 其他_____

组号或索赔编号：_____ 投保人/会员号码：_____

***患者是否有其他保险或 Medicare 保险？**

是 » 继续填写表格

否 » 转到签字部分

其他保险公司：

* 其他保险保单投保人的姓名：_____

* 雇主名称：_____

* 其他保险公司的名称：_____

* 保险公司理赔地址：_____ 保险公司电话号码：_____

* 保单编号：_____ * 组号：_____

保险的开始日期：_____ * 保险的终止日期（若适用）：_____

其他保险承保？ 本人 配偶 子女 其他_____

药房

药房名称：_____ 药房电话号码：_____

如果患者有其他保险且是子女或受赡养人，其亲生父母离婚或未婚，且没有一起生活，请填写如下内容：
如果有多个父/母，请针对每一个父/母填写一份单独的表格。

受赡养人姓名：_____

其他保险成员和子女的关系： 父/母 继父/母 法定监护人 其他_____

与儿童一起生活者： 父/母 继父/母 法定监护人 其他_____

拥有法定监护权者： 父/母 继父/母 法定监护人 其他_____

是否有法院判决分配了医疗保健保险的主要责任？ 是 否 和责任一方的关系： 父/母 继父/母

法定监护人 其他 _____

责任方的姓名：_____

地址：_____

父母姓名和出生日期	母亲姓名：出 生日期：_____	父亲姓名：出 生日期：_____
-----------	---------------------	---------------------

MEDICARE :

*Medicare 保险的个人的姓名：_____

*Medicare ID 号：_____

出生日期：_____ 退休日期（如适用）：_____

*Medicare Part A 生效日期（如适用）：_____

*Medicare Part B 生效日期（如适用）：_____

*Medicare Part D 处方药物保险生效日期（如适用）：_____

*退休原因：

年龄

残障 残障开始日期：_____

末期肾脏疾病：_____

透析第一天：_____

肾脏移植日期：_____

签名： _____

*受保人或患者姓名（打印）：_____

*受保人或患者签字：_____

*日期：_____