

FORMULARIO PARA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB) COORDINATION OF BENEFITS (COB) FORM



Si usted o cualquiera de sus dependientes está asegurado bajo otro plan médico que no sea el de MCS Life Insurance, agradeceremos que complete este formulario respondiendo a las siguientes preguntas según apliquen. MCS Life Insurance utilizará esta información para colaborar con el otro asegurador, procesar su reclamación con prontitud y lograr que el pago sea justo y correcto. Anualmente, se solicitará que actualice esta información. **Recuerde:** Si tuviese alguna pregunta al momento de llenar el formulario, comuníquese con su Oficina de Recursos Humanos o al Centro de Llamadas de Servicio al Cliente de MCS al (787) 281-2800 (área metro) ó 1-888-758-1616 (libre de costo) de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., y los sábados de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.

If you or any of your dependents is insured under another medical plan other than MCS Life Insurance, we would appreciate that you complete this form answering the following questions as applicable. MCS Life Insurance will use this form to collaborate with the other insurer, process your claim promptly and get fair and accurate payment. Annually, we will request you update this information. **Remember:** Should you have any question while completing the form, communicate with your Human Resources Office or with MCS Customer Service Call Center at (787) 281- 2800 (metro area) or 1-888-758-1616 (free of charge) from Monday to Friday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m. and Saturdays from 8:00 a.m. to 4:30 p.m.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL / MAIN INSURED PERSON'S INFORMATION									
Nombre del Empleado Employee's Name		Dirección Postal del Empleado: Urb. # Calle, Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal Employee's Postal Address: Urb., Street Number, P.O. Box, City, State, Zip Code			Nombre y/o Número de Grupo con MCS Name and/or Group Number with MCS		Número de teléfono residencial Home Phone Number		Número de teléfono celular Cell Phone Number
Número de Contrato o Seguro Social Contract or Social Security Number		Fecha de Nacimiento Date of Birth Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____		Estado Civil Marital Status ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widow		Custodia de los hijos dependientes (si seleccionó estatus de Divorciado) Dependent Children Custody (if you chose Divorced status) ☐ Custodia compartida ☐ Madre ☐ Padre ☐ Joint custody ☐ Mother ☐ Father			Correo electrónico E-mail
¿Tiene alguna cubierta patronal o individual (pago directo)? Do you have coverage under an employer or Individual's health plan? ☐ Sí ☐ No ☐ Yes ☐ No		¿Tiene cubierta de Medicare? Do you have Medicare coverage? ☐ Sí ☐ No ☐ Yes ☐ No		Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) (Requerido) Medicare Beneficiary Identifier (MBI) (Required)		Fecha de Efectividad Medicare Parte A Medicare Part A Effective Date Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____		Fecha de Efectividad Medicare Parte B Medicare Part B Effective Date Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____	
Tipo de cubierta Type of Coverage ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar ☐ Individual ☐ Couple ☐ Family		Nombre del otro plan de salud Health plan name		Número de Contrato del otro Plan de Salud Contract Number of the other Health Plan		Fecha de Efectividad Effective date Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____		Tipo de beneficio Type of benefit ☐ Médico ☐ Dental ☐ Farmacia ☐ Visión ☐ Medical ☐ Dental ☐ Pharmacy ☐ Vision	
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE / SPOUSE'S INFORMATION									
Nombre del Cónyuge Spouse's Name		Número de Contrato Contract Number	Seguro Social (Requerido) Social Security Number (Required)	Fecha de Nacimiento Date of Birth Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____		Número de teléfono del cónyuge Spouse's phone number		¿Está su cónyuge empleado? Is your spouse employed? ☐ Sí ☐ No ☐ Yes ☐ No	
¿Está su cónyuge cubierto por un plan de salud patronal o individual (pago directo)? / Is your spouse covered by employer's or individual's health plan? ☐ Sí ☐ No ☐ Yes ☐ No		Nombre del plan de salud Health plan name		Número de Contrato Contract Number		Fecha de Efectividad Effective date Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____		Tipo de cubierta Type of coverage ☐ Individual ☐ Pareja ☐ Familiar ☐ Individual ☐ Couple ☐ Family	
Tipo de beneficio Type of benefit ☐ Médico ☐ Dental ☐ Farmacia ☐ Visión ☐ Medical ☐ Dental ☐ Pharmacy ☐ Vision		¿Está su cónyuge retirado? Is your spouse retired? ☐ Sí ☐ No ☐ Yes ☐ No		¿Tiene su cónyuge cubierta de Medicare? Does your spouse have Medicare coverage? ☐ Sí ☐ No ☐ Yes ☐ No		Identificador de Beneficiario de Medicare (MBI) (Requerido) Medicare Beneficiary Identifier (MBI) (Required)		Fecha de Efectividad Medicare Parte A Medicare Part A Effective Date Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____	
						Fecha de Efectividad Medicare Parte B Medicare Part B Effective Date Mes ____ / Día ____ / Año ____ Month ____ / Day ____ / Year ____			
INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES / DEPENDENTS' INFORMATION									
Escriba los nombres de los hijos dependientes que están asegurados con dos compañías aseguradoras de servicios médicos, dentales, de farmacia o visión. / Write down the names of the children dependents who are insured with two insurance companies of medical, dental, pharmacy or vision services.									
Apellidos / Nombre / Inicial Last Name / Name / Initial		Núm. teléfono (Requerido) Phone number (Required)	Seguro Social (Requerido) Social Security Number (Required)	Tiene cubierta bajo otro número de grupo o aseguradora por: Has coverage under another group number or insurer from:		Nombre de la aseguradora que provee el otro plan Name of insurer/provider of the other plan	Fecha de efectividad del otro plan Mes / Día / Año Effective date of other plan Month / Day / Year	Número de Contrato del otro plan Contract Number of other plan	Tipo de cubierta del otro plan Type of coverage of other plan
				☐ Mi patrono / My employer's plan ☐ Mi cónyuge / My spouse's plan ☐ Mi Universidad / My University _____ ☐ Otro / Other _____					☐ Individual / Individual ☐ Dental / Dental ☐ Pareja / Couple ☐ Familiar / Family
				☐ Mi patrono / My employer's plan ☐ Mi cónyuge / My spouse's plan ☐ Mi Universidad / My University _____ ☐ Otro / Other _____					☐ Individual / Individual ☐ Dental / Dental ☐ Pareja / Couple ☐ Familiar / Family
				☐ Mi patrono / My employer's plan ☐ Mi cónyuge / My spouse's plan ☐ Mi Universidad / My University _____ ☐ Otro / Other _____					☐ Individual / Individual ☐ Dental / Dental ☐ Pareja / Couple ☐ Familiar / Family
				☐ Mi patrono / My employer's plan ☐ Mi cónyuge / My spouse's plan ☐ Mi Universidad / My University _____ ☐ Otro / Other _____					☐ Individual / Individual ☐ Dental / Dental ☐ Pareja / Couple ☐ Familiar / Family
				☐ Mi patrono / My employer's plan ☐ Mi cónyuge / My spouse's plan ☐ Mi Universidad / My University _____ ☐ Otro / Other _____					☐ Individual / Individual ☐ Dental / Dental ☐ Pareja / Couple ☐ Familiar / Family

**FORMULARIO PARA LA COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)
COORDINATION OF BENEFITS (COB) FORM**

INSTRUCCIONES / INSTRUCTIONS

1. Lea cuidadosamente el formulario. Complete todos los encasillados y escriba "N/A" en los encasillados donde no aplique. No se aceptarán formularios que no estén completados en todas sus partes.

Read the form carefully. Complete all the boxes and write "N/A" in the boxes that do not apply. Forms that are not fully completed will not be accepted.

2. **Recuerde:** Este formulario de Coordinación de Beneficios (COB) tiene el propósito de recopilar la información del asegurado, su cónyuge y dependientes cuando éstos tienen cubierta de seguro de salud bajo más de un plan para así determinar el orden de pago correcto de los planes en una reclamación, según permitido por las leyes estatales y federales.

Remember: The purpose of this Coordination of Benefits (COB) form is to gather information from the main insured person, his/her spouse and dependents when they have health insurance coverage under more than one plan to determine the order of payment of the plans on a claim, as allowed by state and federal laws.

3. Firme y escriba la fecha en el formulario. Devuélvalo en o antes de 30 días en cualquiera de las siguientes maneras:

- a. A través de su representante de Recursos Humanos
- b. A través del Ejecutivo de Cuentas asignado a su grupo
- c. A través de correo a la dirección: Medical Card System, Unidad de Coordinación de Beneficios, PO Box 9023547 San Juan, PR 00902-9914
- d. A través del número de fax de la Unidad de Coordinación de Beneficios, al (787) 200-2870
- e. A través de la dirección de correo electrónico de la Unidad de Coordinación de Beneficios: **cobu@medicalcardsystem.com**

Sign and write the date in the form. Return it on or before 30 days in any of the following ways:

- a. *Through your Human Resources Representative*
- b. *Through the Account Executive assigned to your group*
- c. *Through postal mail to the address: Medical Card System, Coordination of Benefits Unit, PO Box 9023547 San Juan, PR 00902-9914*
- d. *Through Coordination of Benefits Unit fax number (787) 200-2870*
- e. *Through Coordination of Benefits Unit email address: **cobu@medicalcardsystem.com***

Nota: Si desea hacer cambios en su cubierta, añadir o eliminar dependientes, tiene que efectuar este tipo de cambio utilizando el **Formulario de Inscripción/Cambio** dentro del periodo de 30 días inmediatos a la fecha del evento cualificante aplicable (matrimonio, divorcio, muerte, pérdida de otra cubierta con otra aseguradora y, en el caso de hijos, nacimiento, adopción, otorgamiento de custodia y pérdida de elegibilidad después de alcanzar el límite de edad).

Note: If you want to make changes in your coverage, add or eliminate dependents, you have to make this type of change using the **Inscription/Change Form** within the 30 day period immediately following the date of the applicable qualifying event (marriage, divorce, death, loss of coverage with another insurer company and, in the case of children, birth, adoption, adjudication of custody and eligibility loss after reaching the age limit).

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA / ADMINISTRATIVE INFORMATION

Certifico que leí o me fue leída la información ofrecida por mí en este formulario, que la misma es cierta y correcta. Autorizo a cualquier médico, hospital u otra instalación de servicios médicos, compañía de seguro u otra institución a proveer la información que MCS requiera.

I certify that I read the information included in this form or that it was read to me, that the same is true and correct. I authorize any provider, hospital or other medical services facility, insurance company or other institution to provide the information MCS requires.

Firma del Asegurado Principal / Main Insured Person's Signature

Fecha / Date

DISPOSICIONES DEL PLAN DE SALUD / HEALTH CARE PLAN PROVISIONS

AVISO DE FRAUDE / FRAUD WARNING

De acuerdo a las disposiciones de la Ley Número 230 del 9 de agosto de 2008, le advertimos que el Artículo 27.33 del Código de Seguros de Puerto Rico dispone lo siguiente: "Cualquier persona que a sabiendas y que con la intención de defraudar presente información falsa en una solicitud de seguro o, que presentare, ayudare o hiciere presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida u otro beneficio, o presentare más de una reclamación por un mismo daño o pérdida, incurrirá en delito grave y convicto que fuere, será sancionado, por cada violación con pena de multa no menor de \$5,000, ni mayor de \$10,000 o pena de reclusión por un término fijo de 3 años, o ambas penas. De mediar circunstancias agravantes, la pena fija establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de 5 años; de mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducida hasta un mínimo de 2 años."

In agreement with the dispositions of Act 230 of August 9th, 2008, we warn you that Article 27.33 of the Code of Insurances of Puerto Rico arranges for the following: "Any person who knowingly and with the intention to defraud present false information in an insurance request or, present, help or make present a fraudulent complaint for the payment of a loss or benefit, or present more than one claim for the same damage or loss, will incur in serious crime and if convicted, sanctioned by each violation with a fine no smaller than five thousands (\$5,000) dollars, nor greater of ten thousand (\$10,000) dollars or imprisonment by a fixed term of three (3) years, or both rulings. If aggravating circumstances mediate, the fines established could be increased up to a maximum of five (5) years; if extenuating circumstances mediate, it could be reduced a minimum of two (2) years."

NOTA DE CONFIDENCIALIDAD / CONFIDENTIALITY NOTICE

Este formulario, una vez completado, contiene información privilegiada y confidencial por lo que la información aquí contenida es para uso exclusivo de la persona o entidad a la cual va dirigida. Si usted recibe la misma por equivocación o error, no está autorizado a revisar, divulgar, diseminar, distribuir o fotocopiar la misma. Si recibió esta información por error favor de notificar inmediatamente al 787-758-2500 para hacer los arreglos de devolución o destrucción de los documentos.

This form, once completed, includes privileged and confidential information and therefore, the information included is for the exclusive use of the person or entity addressed. If you receive it by mistake, you are not authorized to review, spread, distribute or photocopy it. If you received this information by mistake please notify immediately at 787-758-2500 to arrange the return or destruction of the documents.