



## Other Health Insurance Form

Estimado miembro:

Anthem Blue Cross and Blue Shield debe obtener datos sobre Otro seguro de salud (OHI) de nuestros miembros. Llene este formulario si usted o un familiar tienen OHI. Devuélvalo en el sobre con porte pagado y autodirigido adjunto o envíelo por fax al 1-888-393-8993. Estos datos son importantes de modo que podamos estar seguros de que sus registros son correctos.

Nombre del miembro	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento del miembro / /
--------------------	-------------------------	--

**Seguro comercial/HMO/PPO:** La cobertura incluye:

Ponga una 'X' en la casilla para todos los que apliquen.  Médica  Hospital  Médica principal  Farmacia  Vista  Dental

Nombre y dirección de la aseguradora	Número telefónico de la aseguradora (con código de área)
No. de póliza	No. de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fechas efectivas De: / / A: / /
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Número de Seguro Social del titular de la póliza

Liste todos los miembros de la familia cubiertos por este seguro:

1.	2.
3.	4.

**Si tiene una póliza aparte para cobertura de farmacia, de la vista o dental, indíquelo aquí:**

Ponga una 'X' en la casilla para todos los que apliquen.  Farmacia  Vista  Dental

Nombre y dirección de la aseguradora	Número telefónico de la aseguradora (con código de área)
No. de póliza	No. de grupo
Nombre del titular de la póliza	Fechas efectivas De: / / A: / /
Fecha de nacimiento del titular de la póliza	Número de Seguro Social del titular de la póliza

Liste todos los miembros de la familia cubiertos por este seguro:

1.	2.
3.	4.

**Cobertura de Medicare:**

Número de (Reclamo) de Medicare	Fecha efectiva de Medicare Parte A / /	Fecha efectiva de Medicare Parte B / /
Nombre del miembro	Número de Seguro Social	

Si tiene alguna pregunta, llame a Centro de Atención al Cliente al 1-866-408-6131 (Hoosier Healthwise, Healthy Indiana Plan); 1-844-284-1797 (Hoosier Care Connect); TTY 711. Gracias.

Departamento de verificación de otro seguro de salud