



North Atlantic States CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Health Benefits Fund

Buffalo Office
1159 Maryvale Drive, Suite 20
Cheektowaga, NY 14225
Phone: 877-739-7136
Fax: 716-839-7136
carpentersfund.org

Long Island Office
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

Coordination of Benefits

Dear Participant,

Your health benefit plan includes a Coordination of Benefits clause that determines the primary source of payment when a member is covered by more than one health insurance policy. The terms of your health benefit plan require you to provide all of the information necessary to properly coordinate your benefits. Failure to provide this information may result in the denial of claims for you or your dependents.

The information you provide assists us in the prompt processing of claims. In addition, it may help us to:

- Reduce your out-of-pocket expenses by utilizing all available insurances.
- Control legitimate medical costs incurred to Health Fund.
- Ensure contributions made to the Health Fund are utilized optimally.

Failure to provide the Fund Office with the correct insurance information causing the Fund to pay benefits in error on you or your dependents behalf will result in an Overpayment. You will then be required to reimburse the Fund in full, and the Fund shall be entitled to recover such benefits. Any refusal by you or your dependents to reimburse the Fund for an overpaid amount will be considered a breach of the agreement between the Fund and you and the Fund reserves the right to cancel or rescind Fund coverage for any Participant or Dependent. The Fund also may recover any overpaid or advanced benefits by pursuing legal action against the party to whom the benefits were paid.

In order to avoid any of these repercussions, we are asking that you complete all sections of the enclosed questionnaire as they apply to you and your dependents under your policy, sign and return it in the enclosed envelope within 14 days.

Failure to provide this information may result in the denial of claims for you or your dependents.

All pages must be returned; thank you for your cooperation.

If you have any questions please feel free to call the Hauppauge Fund Office at **631-952-9700** or **1-877-372-3236**, choose Option 2 and our Health Department Representatives will be happy to assist you with any questions.



Coordination of Benefits

Please complete this form with other Insurance Information (if applicable) other than the North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund.

Name: _____ Local#: _____ SSN: _____

Address: _____

Marital Status: ☐ Single ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widow

Spouse's Name: _____ Date of Birth: _____ Spouse's SSN: _____

Is Spouse Employed? ☐ Yes ☐ No Date of Employment: _____

Name of Spouse's Employer: _____

Address of Spouse's Employer: _____

If Employed, Is Health Coverage Offered? ☐ Yes ☐ No Health Coverage is Paid by: ☐ Employer ☐ Employee

Is Spouse or Dependents Insured? ☐ Yes ☐ No (If yes, please provide health insurance info (Including Medicaid) other than the North Atlantic States Carpenters Health Benefits Fund:

Health Insurance Carrier Name: _____

Health Insurance Carrier Address: _____

Insurance Tel#: _____ Your Policy#: _____ Group#: _____

Policy Holder's Name: _____

Effective Date of Policy (Required): _____ Termination Date (if applicable): _____

Type of Policy: ☐ Single ☐ Family - (If you selected Family, please list Dependents, including Spouse/Member)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Extent Of Coverage: (select all that are covered by **other** Medical insurance):

☐ Hospital ☐ Office Visits ☐ Surgery ☐ X-Ray ☐ Hearing Aids ☐ Major Medical

☐ Chiropractic ☐ Physical / Occupational / Speech Therapy ☐ Mental Health

Does this Health Coverage also cover Out-of-Network Medical? ☐ Yes ☐ No

Out-of-Network Medical Carrier Name: _____

Insurance Tel#: _____ Your Policy #: _____ Group #: _____

Policy Holder's Name: _____

Effective Date of Policy (Required): _____ Termination Date (if applicable): _____

Type of Policy: ☐ Single ☐ Family - (If you selected Family, please list Dependents, including Spouse/Member)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Are you or any member of your family enrolled in any *other* Dental Insurance Program? ☐ Yes ☐ No

If, Yes (including Medicaid) please complete section below:

Dental Carrier Name: _____

Insurance Tel#: _____ Your Policy#: _____ Group#: _____

Policy Holder's Name: _____

Effective Date of Policy (Required): _____ Termination Date (if applicable): _____

Type of Policy: ☐ Single ☐ Family - (If you selected Family, please list Dependents, including Spouse/Member)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Are you or any member of your family enrolled in any *other* Vision Program? ☐ Yes ☐ No

If, Yes (including Medicaid) please complete section below:

Vision Carrier Name: _____

Insurance Tel#: _____ Your Policy#: _____ Group#: _____

Policy Holder's Name: _____

Effective Date of Policy (Required): _____ Termination Date (if applicable): _____

Type of Policy: ☐ Single ☐ Family - (If you selected Family, please list Dependents, including Spouse/Member)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Are you or any member of your family enrolled in any *other* Prescription Program? ☐ Yes ☐ No

If, Yes (including Medicaid) please complete section below:

Prescription Carrier Name: _____

Insurance Tel#: _____ Your Policy#: _____ Group#: _____

Policy Holder's Name: _____

Effective Date of Policy (Required): _____ Termination Date (if applicable): _____

Type of Policy: ☐ Single ☐ Family - (If you selected Family, please list Dependents, including Spouse/Member)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

If this coverage is provided for dependent minors whose natural parents are divorced, separated or were never married, it is necessary to attach a copy of the court decree which identifies which parent is responsible for providing health coverage. If the court decree does not specify who is responsible, then it will be necessary to provide a copy of the custody agreement for the dependent minors. If you have previously provided the court decree to us, you do not have to provide it again.

Are you, your spouse, or any other dependents eligible for **Medicare**? ☐ Yes ☐ No
If Yes, submit a copy of your Medicare Card)

Reason for Medicare coverage (select all that apply)

☐ Over age 65 ☐ Disabled Please indicate Medicare ID#: _____

Are you or your spouse enrolled in any of the following Health Accounts?

- ☐ Health Savings Account (**HSA**)
☐ Health Reimbursements Accounts (**HRA**)
☐ Federal Savings Account (**FSA**)?

I certify that all the information provided above is true and correct and I agree to notify the Fund in writing immediately if any of this information changes. I understand that the purpose of this information is to assure appropriate Coordination of Benefits of all plans. I also agree to indemnify the Fund and its Trustees from any losses caused by any misstatements made herein.

Member Signature:

Date:

Spouse Signature:

Date:

Home Phone: _____

Cell Phone: _____

Work Phone: _____

Email: _____



Coordinación de Beneficios

Estimado participante:

Su plan de beneficios de salud incluye una cláusula de coordinación de prestaciones que determina la fuente principal de pago cuando un afiliado está cubierto por más de una póliza de seguro médico. Las condiciones de su plan de prestaciones sanitarias le obligan a facilitar toda la información necesaria para coordinar adecuadamente sus prestaciones. Si no facilita esta información, se podrían denegar las solicitudes de reembolso presentadas por usted o por sus personas a su cargo.

La información que nos facilite nos ayuda a tramitar las reclamaciones con rapidez. Además, puede ayudarnos a:

- Reducir sus gastos de bolsillo utilizando todos los seguros disponibles.
- Controlar los gastos médicos legítimos cargados al Fondo de Salud.
- Garantizar que las aportaciones realizadas al Fondo de Salud se utilicen de forma óptima.

Si no se facilita a la Oficina del Fondo la información correcta sobre el seguro y esto provoca que el Fondo pague beneficios por error en su nombre o en el de sus dependientes, se producirá un pago en exceso. En ese caso, se le exigirá que reembolse al Fondo la totalidad del importe, y el Fondo tendrá derecho a recuperar dichos beneficios. Si usted o sus dependientes se niegan a reembolsar al Fondo el monto pagado en exceso, se considerará un incumplimiento del acuerdo entre usted y el Fondo, y este se reserva el derecho de cancelar o rescindir la cobertura del Fondo para cualquier participante o dependiente.

El Fondo también podrá recuperar cualquier prestación pagada en exceso o anticipada mediante acciones legales contra la parte a la que se abonaron dichas prestaciones.

Para evitar cualquiera de estas repercusiones, le solicitamos que complete todas las secciones del cuestionario adjunto que sean aplicables a usted y a los dependientes cubiertos por su póliza, lo firme y lo devuelva en el sobre adjunto en un plazo de 14 días.

Si no facilita esta información, se podrían denegar las solicitudes de reembolso que presente usted o sus familiares a su cargo.

Se deben devolverse todas las páginas; gracias por su colaboración.

Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a la Oficina del Fondo Hauppauge al **631-952-9700** o al **1-877-372-3236**, seleccione la opción 2 y nuestros representantes del Departamento de Salud estarán encantados de atenderle.



North Atlantic States CARPENTERS BENEFIT FUNDS

Health Benefits Fund

Buffalo Office
1159 Maryvale Drive, Suite 20
Cheektowaga, NY 14225
Phone: 877-739-7136
Fax: 716-839-7136
carpentersfund.org

Long Island Office
270 Motor Parkway
Hauppauge, NY 11788
Phone: 877-372-3236
Fax: 631-952-9813
carpentersfund.org

Coordinación de Beneficios

Por favor, complete este formulario con otra información de seguro (si corresponde), que no sea la del Fondo de Beneficios de salud de los Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte.

Nombre: _____ Número local: _____ SSN: _____

Dirección: _____

Estado civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a

Nombre del/de la cónyuge: _____ Fecha de nacimiento _____

Número de Seguro Social del cónyuge: _____

¿Trabaja el/la cónyuge? ☐ Sí ☐ No Fecha de inicio del empleo: _____

Nombre de la empresa del cónyuge: _____

Dirección del empleador del cónyuge: _____

Si está empleado, ¿se ofrece cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No La cobertura de salud la paga: ☐ La empresa ☐ El empleado

¿Están asegurados el cónyuge o los dependientes? ☐ Sí ☐ No (En caso afirmativo, facilite la información del seguro médico (incluido Medicaid) que no sea el Fondo de Beneficios de Salud de los Carpinteros de los Estados del Atlántico Norte:

Nombre de la compañía de seguros médicos:

Dirección de la compañía de seguros médicos:

N.º de teléfono del seguro: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigor de la póliza (obligatorio): _____ Fecha de vencimiento (si corresponde): _____

Tipo de póliza: ☐ Individual ☐ Familiar - (Si ha seleccionado «Familiar», indique los dependientes, incluyendo al cónyuge/miembro)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Ámbito de cobertura: (seleccione todas las opciones que estén cubiertas por otro seguro médico):

☐ Hospital ☐ Consultas médicas ☐ Cirugía ☐ Radiografías ☐ Audífonos ☐ Cobertura médica general

☐ Quiropráctica ☐ Fisioterapia / Terapia ocupacional / Logopedia ☐ Salud mental

¿Esta cobertura de salud también cubre servicios médicos fuera de la red? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía de seguros médicos fuera de la red: _____

N.º de teléfono del seguro: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigor de la póliza (obligatorio): _____ Fecha de vencimiento (si corresponde): _____

Tipo de póliza: ☐ Individual ☐ Familiar - (Si ha seleccionado «Familiar», indique los dependientes, incluyendo al cónyuge/miembro)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

¿Está usted o algún miembro de su familia afiliado a algún otro programa de seguro dental? ☒ Si ☐ No

En caso afirmativo (incluido Medicaid), por favor complete la siguiente sección:

Nombre de la compañía de seguros dentales: _____

N.º de teléfono del seguro: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigor de la póliza (obligatorio): _____ Fecha de vencimiento (si corresponde): _____

Tipo de póliza: ☒ Individual ☐ Familiar - (Si ha seleccionado «Familiar», indique los dependientes, incluyendo al cónyuge/miembro)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

¿Está usted o algún miembro de su familia afiliado a algún otro programa oftalmológico? ☒ Si ☐ No

En caso afirmativo (incluido Medicaid), por favor complete la siguiente sección:

Nombre de la aseguradora oftalmológica: _____

N.º de teléfono de la aseguradora: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigor de la póliza (obligatorio): _____ Fecha de vencimiento (si corresponde): _____

Tipo de póliza: ☐ Individual ☐ Familiar - (Si ha seleccionado «Familiar», indique los dependientes, incluyendo al cónyuge/miembro)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

¿Está usted o algún miembro de su familia inscrito en algún otro programa de medicamentos recetados? ☒ Si ☐ No

En caso afirmativo (incluido Medicaid), por favor complete la siguiente sección:

Nombre de la entidad aseguradora de medicamentos recetados: _____

N.º de teléfono de la aseguradora: _____ N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Nombre del titular de la póliza: _____

Fecha de entrada en vigor de la póliza (obligatorio): _____ Fecha de vencimiento (si corresponde): _____

Tipo de póliza: ☐ Individual ☐ Familiar - (Si ha seleccionado «Familiar», indique los dependientes, incluyendo al cónyuge/miembro)

1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

Si esta cobertura se proporciona a menores a cargo cuyos padres biológicos estén divorciados, separados o nunca se hayan casado, es necesario adjuntar una copia de la sentencia judicial en la que se indique qué progenitor es responsable de proporcionar la cobertura médica. Si la sentencia judicial no especifica quién es el responsable, será necesario proporcionar una copia del acuerdo de custodia de los menores a cargo. Si ya nos ha facilitado la sentencia judicial anteriormente, no es necesario que la vuelva a presentar.

¿Usted, su cónyuge o cualquier otro dependiente cumplen los requisitos para **Medicare**? ☐ Sí ☐ No
(En caso afirmativo, envíe una copia de su tarjeta de Medicare)

Motivo de la cobertura de Medicare (seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Mayor de 65 años ☐ Discapacitado Indique el número de identificación de Medicare: _____

¿Está usted o su cónyuge inscrito en alguna de las siguientes cuentas de salud?

- ☐ Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)
☐ Cuentas de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)
☐ Cuenta de Ahorros Federal (FSA)?

Certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta, y me comprometo a notificar al Fondo por escrito de inmediato si alguna de esta información cambia. Entiendo que el propósito de esta información es garantizar la adecuada coordinación de beneficios entre todos los planes. Asimismo, me comprometo a indemnizar al Fondo y a sus administradores por cualquier pérdida causada por declaraciones erróneas realizadas en el presente documento.

Firma del miembro:

Fecha:

Firma del cónyuge:

Fecha:

Teléfono fijo: _____

Teléfono móvil: _____

Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____