

Name: _____

Date: _____

Medicare Compliance COB

S G D E D M I K L P D G N U L K C A L B M J E C
T Y E C L K U K J Y D W C M L C I N G Y J O D B
I P T N J X E U K F X H M D B I B J Y D L W M Y
F Z A A H Z V B Y M M V W Y Q T L I E I D Q C D
E B L R N I W C U Q L Y V V W J G L Y S F C S U
N V E U J F K X M U V Z N I O K M B I A Q Z I K
E J R S D P U Q J J S K F A M X H Z J B B R G Q
B G T N L R N C J L Q G W W C J I O V I W S B P
F M N I U U M X E Y K C N L O A H H O L Z W O B
O Y E H M Q Z T F V F N X T B C J O B I E R Y S
N W D T Q V W P S Z H I Y B R P S G Q T A Q N B
O U I L X M J D A C C W S Y A O M E S Y K U C O
I X C A X X T K D M L K X R X O R F Y J Z K U T
T E C E P O D G X L E R Y E A I F D D M T L B P
A G A H A E M H H K N Y H C A K M O Y M Z T C R
N L T P B F U O U X L O J N I P Z N E A V Z P I
I J T U Q W A S R V Z B N T T O S F P G X E R M
D C D O L G U P B U Y O X Q J F K O X B K R O A
R U E R A M A I E E I M C R D M L U C V F J K R
O Y A G H N B C I T S D G R F X Q E W I Y E Y Y
O H T D S N U E S K R R N S R J J I G K Z Y X V
C Z D D M M U E M X J Q D C W G F L W J W W N I
J L D T Z W U M I C T K H E L F X N J G N Y V Q
V U M O G Q V R G E A V U A F E X I V S A O S Y

COORDINATION OF BENEFITS
QUESTIONNAIRE
IN LIEU OF
COBRA

GROUP HEALTH INSURANCE
DISABILITY
PRIMARY
ESRD

ACCIDENT RELATED
BLACK LUNG
HOSPICE