BlueCross BlueShield Nebraska

Nombre del miembro: _____

Identificación del miembro: _____

FORMULARIO DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

Para un procesamiento más rápido, inicie sesión en su cuenta **myNebraskaBlue.com**; puede encontrar el formulario de coordinación de beneficios en la sección de *elementos de acción*.

Sección 1 – Información sobre el seguro del miembro

¿Usted, su cónyuge o sus hijos dependientes están cubiertos por alguna otra cobertura médica o dental?

☐ No, únicamente Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (Complete la sección 7)	☐ Sí, **otro** seguro o TRICARE (Complete las secciones 2 a 5 y 7)	☐ Sí, Medicare (Complete las secciones 6 y 7)	☐ Sí, Medicaid o CHAMPUS/VA (Complete la sección 7)

Sección 2 – Información sobre otro seguro/TRICARE

Enumere todas las compañías de seguros médicos y/o dentales correspondientes en el espacio proporcionado. Adjunte otra hoja si es necesario.

Nombre de la compañía de seguros o administrador de seguros de TRICARE	Número telefónico de la compañía de seguros o del administrador de TRICARE	Tipo de cobertura (seleccione todas las opciones que correspondan)	Tipo de inscripción (seleccione una opción)	Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa) de otro seguro/TRICARE	Estado de TRICARE (seleccione una opción)
		☐ Atención médica/Médico ☐ Hospital ☐ Medicamentos recetados ☐ Dental	☐ Individual ☐ Familiar ☐ Empleado/ Cónyuge ☐ Empleado/Hijo		☐ Activo ☐ Reservas ☐ Jubilado

Sección 3 - Información del titular de la póliza de otro seguro

Titular de la póliza que se indica en la sección 2:

Apellidos:	Nombres:
Número de identificación (incluya todas las letras y números):	Fecha de nacimiento del titular de la póliza:
Nombre del empleador, si corresponde:	

Relación con el titular de la póliza que figura arriba: ☐ Soy yo ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐ Excónyuge o cónyuge legalmente separado ☐ Otro

Si la respuesta es “Soy yo” o “Cónyuge”, indique el estado laboral:

- ☐ Trabajo(a) activamente con el empleador que ofrece otra cobertura
- ☐ No trabajo(a) activamente/discapacidad a largo plazo
- ☐ Jubilado del empleador que proporciona otra cobertura

  Fecha de jubilación _____
- ☐ En COBRA

  Fecha de entrada en vigencia de COBRA _____

Sección 4 - Personas cubiertas

Complete la siguiente información para todas las personas cubiertas por la otra póliza. Adjunte una hoja aparte si es necesario.

Nombres y apellidos de la persona cubierta	Relación con el titular de la póliza que figura en la sección 3 (es decir, "soy yo", cónyuge, hijo, hijastro, padre/madre con custodia)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Marque si tiene cobertura de Medicare o Medicaid	Marque si los dependientes tienen cobertura en virtud de una orden judicial
1.			☐	☐
2.			☐	☐
3.			☐	☐
4.			☐	☐
5.			☐	☐
6.			☐	☐

Sección 5 - Padres divorciados, separados legalmente o que nunca se casaron

Complete esta sección únicamente si los hijos dependientes están cubiertos por la otra póliza y los padres están divorciados, separados legalmente o nunca se casaron.

Si hay un acuerdo legalmente vinculante para los gastos de atención médica, ¿quién es responsable? Adjunte una copia de la orden judicial.	☐ Madre	☐ Padre	☐ Responsabilidad conjunta	☐ Tutor legal
Si no hay un acuerdo legalmente vinculante para los gastos de atención médica, ¿quién tiene la custodia principal?	☐ Madre	☐ Padre	☐ Custodia legal conjunta	☐ Tutor legal

Sección 6 - Información del afiliado a Medicare

Nombre del beneficiario	Identificación de Medicare	Estado laboral	Tipo de cobertura	Fecha de entrada en vigencia (mm/dd/aaaa)	Motivo del derecho a Medicare
		☐ Empleado ☐ Jubilado Fecha:_____	☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Parte D	_____ _____ _____	☐ Edad ☐ Discapacidad ☐ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
		☐ Empleado ☐ Jubilado Fecha:_____	☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Parte D	_____ _____ _____	☐ Edad ☐ Discapacidad ☐ Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

Sección 7 - Firma del titular de la póliza

_____ Firma

_____ Fecha

Número de teléfono durante el día: _____

BlueCross BlueShield Nebraska

Instrucciones para el formulario de coordinación de beneficios

La coordinación de beneficios (Coordination of Benefits, COB) corresponde cuando más de una compañía de seguros le proporciona a usted y/o a sus familiares beneficios de atención médica. La COB le corresponde a usted y a todos los miembros de su familia que están cubiertos por sus planes médicos o dentales actuales.

Puede utilizar las siguientes instrucciones para ayudarle a completar el formulario adjunto de COB.
Complete y envíe la copia impresa adjunta, que puede enviarnos por correo o fax.
Envíela por correo postal a:
Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
PO Box 3248
Omaha NE 68180-0001
Envíela por fax al: 402–392-4126

Sección 1 – Información sobre el seguro del miembro:
Si usted o alguno de sus dependientes no están cubiertos por otro plan médico o dental, responda "No" y pase a la sección 7. Firme y coloque la fecha, y proporcione un número de teléfono durante el día para que podamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta. Deberá enviarnos el formulario a la dirección o al número de fax indicado anteriormente.

Si usted o alguno de sus dependientes están cubiertos por otro plan médico o dental, seleccione "Sí" para todas las demás respuestas que correspondan.

Si respondió: "Sí, **otro seguro o TRICARE",** complete las secciones 2 a 5 y 7. Si respondió: "Sí, Medicare", deberá completar las secciones 6 y 7.

Si respondió: "Sí, Medicaid o CHAMPUS/VA", únicamente debe completar la sección 7.

Sección 2 - Información sobre otro seguro/TRICARE:
Únicamente necesita completar esta sección si respondió: **"Sí, otro seguro o TRICARE"** en la sección 1. Proporcione el nombre y el número de teléfono de las otras compañías de salud y/o dental que cubren a usted o a sus dependientes. Indique el tipo de cobertura, tipo de inscripción y fecha de entrada en vigencia. Seleccione todas las opciones que apliquen para usted y su familia.

Si tiene cobertura de TRICARE, además de las preguntas sobre la cobertura y el tipo de inscripción, proporcione el estado y la fecha de entrada en vigencia. La fecha de entrada en vigencia solo tiene que ser proporcionada para el estado activo y de jubilación.

Si tiene cobertura con más de dos compañías de seguros, adjunte una hoja con toda la información indicada.

Sección 3 – Información del titular de la póliza de otro seguro:
Complete esta sección si respondió: **"Sí, otro seguro o TRICARE"** en la sección 1. Esta información pertenece a la cobertura de seguro adicional que usted o sus dependientes tienen con otra compañía de seguros (como se indica en la sección 2).

Proporcione los nombres y apellidos del titular de la póliza, el número de identificación del otro seguro, la fecha de nacimiento y el empleador, si corresponde. Seleccione la relación con el titular de la póliza y su situación laboral.

Por ejemplo, si su cónyuge tiene cobertura adicional a través de su empleador, su cónyuge sería el titular de la póliza; su relación con usted sería la de cónyuge. En este ejemplo, marcaría: "Trabajo(a) activamente con el empleador que ofrece otra cobertura".

Sección 4 – Personas cubiertas
Complete esta sección si respondió: “Sí, **otro seguro** o TRICARE” en la sección 1. “Personas cubiertas” se refiere a todas las personas cubiertas por el otro plan y su plan de Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE). Adjunte una segunda hoja si es necesario.

Sección 5 – Padres divorciados, separados legalmente o que nunca se casaron
Complete esta sección si respondió: “Sí, **otro seguro** o TRICARE” en la Sección 1. Complete esta sección únicamente si los hijos dependientes están cubiertos tanto por su póliza de BCBSNE como por la otra póliza, y los padres están divorciados, separados legalmente o nunca se casaron. Responda las preguntas proporcionadas en el formulario e incluya la documentación legal, si corresponde, cuando devuelva el formulario de COB.

Sección 6 - Información del afiliado a Medicare
Complete esta sección si respondió: “Sí, Medicare” en la sección 1. La información sobre el beneficiario, la identificación de Medicare, el tipo de cobertura y la fecha de entrada en vigencia figuran en la tarjeta de identificación de Medicare. Responda todas las preguntas que correspondan.

Sección 7 – Firma del titular de la póliza de BCBSNE
Firme y coloque la fecha, y proporcione un número de teléfono durante el día para que podamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta. El titular principal de la póliza o el cónyuge con cobertura en virtud de la póliza de BCBSNE debe firmar el formulario. El formulario de COB no estará completo a menos que esté firmado.

Non-discrimination and Translation Notice

Discrimination is Against the Law

Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (BCBSNE) complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex. BCBSNE does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability or sex.
BCBSNE:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)

- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Customer Service at 800-991-5840, TTY 711 between 7:30 a.m. to 6 p.m., Central time, Monday through Friday.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Nebraska has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability or sex, you can file a grievance with:

Manager, Corporate Compliance
Blue Cross and Blue Shield of Nebraska
P.O. Box 3248
Omaha, NE 68180-001
800-991-5840, TTY: 711
CivilRights@NebraskaBlue.com

You can file a grievance in person or by mail, fax or email. If you need help filing a grievance, our Manager of Corporate Compliance is available to help you.
You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf.
For quick processing, use the OCR online portal to file a complaint.

ATTENTION: This notice may have important information about your application or coverage. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or get help with costs. If you or someone you're helping has questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-800-991-5840. This notice is translated as federally required.

Arabic

تنبيه: قد يتضمن هذا الإشعار معلومات مهمة عن تطبيقك أو تأمينك. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد يلزمك اتخاذ إجراء قبل المواعيد النهائية المحددة للحفاظ على التأمين الصحي أو للحصول على مساعدة بشأن التكاليف. إذا كنت أنت أو أحد من تساعدهم لديكم أسئلة، فلك الحق في الحصول على مساعدة ومعلومات بلغتك وبدون تكلفة. للتحدث مع أحد المترجمين الفوريين، اتصل برقم 1-800-991-5840

Chinese Traditional

注意：本通知可能含有與您的申請或保險有關的重要資訊。在本通知中尋找重要的日期。您可能需要在某個截止日期前採取行動，以保持您的健康保險或獲得費用方面的幫助。如果您或者您正幫助的人有疑問，您有權利以您的語言免費獲得提供的幫助與資訊。致電口譯員，請撥打1-800-991-5840。

German

Achtung: Diese Mitteilung kann wichtige Informationen über Ihren Antrag oder die Versicherungsdeckung beinhalten. Beachten Sie wichtige Fristen in dieser Mitteilung. Sie müssen unter Umständen Maßnahmen innerhalb bestimmter Fristen ergreifen, um Ihren Krankenversicherungsschutz zu erhalten oder eine Kostenerstattung zu erhalten. Wenn Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen hat, können Sie kostenlos Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte 1-800-991-5840 an.

Spanish (Mexico)
ATENCIÓN: Este aviso puede contener información importante sobre su solicitud o cobertura. Ponga atención a las fechas clave en este aviso. Puede ser que usted necesite realizar algunas acciones para determinadas fechas y así mantener su cobertura de salud o para obtener ayuda con los costos. Si usted o alguien a quien usted ayuda tiene alguna pregunta, tiene el derecho de recibir información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-991-5840.

Farsi
توجه این اعلامیه ممکن است اطلاعات مهمی درباره درخواست یا طرح پوشش بیمه‌تان داشته باشد. تاریخ های اصلی را در این اعلامیه جستجو کنید. ممکن است لازم باشد تا موعد مقرری اقدام کنید تا پوشش بیمه درمانیتان حفظ شود یا هزینه های درمانی را دریافت کنید. اگر شما یا فردی دیگر که به او کمک می کنید، سؤالی دارید، از این حق برخوردار هستید تا راهنمایی و اطلاعات را به صورت رایگان به زبان خودتان دریافت کنید. برای صحبت کردن با یک مترجم، با شماره 1-800-991-5840 تماس بگیرید.

French (Europe)
ATTENTION : Cet avis peut contenir des informations importantes concernant votre demande ou votre garantie. Prêtez attention aux dates clés indiquées. Il vous faudra peut-être prendre des mesures avant une certaine date pour pouvoir conserver votre assurance santé ou bénéficier d’aides au paiement. Si vous ou une personne que vous aidez avez des questions, vous pouvez obtenir gratuitement de l’assistance et des informations dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le 1-800-991-5840.

Japanese
ご注意：本通知書には、患者さんの申請や保険について重大な情報が含まれている可能性があります。本通知書の日付をご覧ください。医療保険を利用したり、費用についてサポートを受けるには、本通知書に従って特定の期限までに手続きしてください。患者さん、または付き添いの方が質問がある場合は、母国語で無料で支援を受けたり、情報を受け取る権利があります。通訳と話したい場合は、1-800-991-5840. まで電話をおかけください。

Karen
ဟ်သူဉ်ဟ်သး–တၢ်ဘီးဘဉ်သ့ဉ်ညါအံၤ ဘဉ်သ့ဉ်သ့ဉ် ကအိဉ်ဒီးတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢ အရှဒိဉ်ဘဉ်ယး နလံာ်ပတံထိဉ်တၢ် မ့တမ့ၢ် တၢ်အှဉ်ကီၤသးန့ဉ်လီၤ.
ကွၢ်ယှ မ့ၢ်နံၤမ့ၢ်သိအရှဒိဉ်လၢ လံာ်ဘီးဘဉ်သ့ဉ်ညါအံၤအပူၤတက့ၢ်.
ဘဉ်သ့ဉ်သ့ဉ် နကဘဉ် ဟ်းဂ့ၢ်ဝိလၢ မ့ၢ်နံၤလၢခံကတၢ်လၢ တၢ်ဟ်ပနီဉ်နၢ်နၤ လၢနကဟ့ဉ်နတၢ်အိဉ်ဆူဉ်အိဉ်ချ, တၢ်ဘူးတၢ်လဲတဖဉ် မ့တမ့ၢ် မၤန့ၢ်တၢ်မၤစၢၤလၢ တၢ်ပှၤလီၤလဲတဖဉ်နှဉ်လီၤ.
နၤ မ့တမ့ၢ် ပှၤတဂၤဂၤလၢ နမၤစၢၤမ့ၢ်အိဉ်ဒီးတၢ်သံကွၢ်အယိ, နအိဉ်ဒီးတၢ်ခွဲးတၢ်ယာ်လၢ ကမၤန့ၢ်တၢ်မၤစၢၤဒီးတၢ်ဂ့ၢ်တၢ်ကျိၤလၢ နကျိာ်လၢ တလၫ်ဘူဉ်လၫ်စ့ၤဘဉ်နှဉ်လီၤ.
လၢနကကတိၤတၢ်ဒီး ပှၤကျိးထံတၢ်အဂီၢ်, ကိး1-800-991-5840.တက့ၢ်.

Korean
주의: 본고지에는해당신청서또는적용범위에대한중요한정보가있을수있습니다.
본고지의주요날짜를찾으십시오.해당건강보험을유지하거나비용을지원받는특정기한까지조치를취하셔야합니다.본인자신이나본인이돕고있는누군가가질문이있다면무료로모국어로된도움과정보를얻을수있는권리가있습니다.통역사와통화하려면1-800-991-5840. 번으로전화하십시오.

Kurdish
ئاگاداری
ڕەنگە ئەم ئاگاداریە زانیاری گرنگی تێدا بێت دەربارەی داواکاری یان ڕووماڵکردنەکەت.بەدوای بەروارە سەرەکیەکانی ناو ئەم ئاگاداریە بگەڕێ.لەوانەیە پێویست بکات لە هەندێک دوا وادە کردارێک بکەیت بۆ ئەوەی ڕووماڵی تەندروستیت بەردەوام بێت یان یارمەتی بۆ تێچووەکانت دەست بخەیت.ئەگەر تۆ یان کەسێک کە تۆ یارمەتی دەدەیت پرسیاری هەیە، تۆ مافی دەسکەوتنی یارمەتی و زانیاریت بە زمانی خۆت بێ بەرامبەر هەیە.بۆ قسەکردن لەگەڵ وەرگێڕێک، پەیوەندی بە 18009915840. بکە.

Lao
ສິ່ງທີ່ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ແจ້ງການສະບັບນີ້ ອາດຈະມີຂໍ້ມູນທີ່ສຳຄັນກ່ຽວກັບການສະໝັກ ຫຼື ການຄຸ້ມຄອງສຸຂະພາບຂອງທ່ານ. ຈົ່ງຊອກຫາວັນທີທີ່ສຳຄັນໃນແจ້ງການສະບັບນີ້. ທ່ານອາດຈະຕ້ອງດຳເນີນການໃນຂອບເຂດເວລາໃດໜຶ່ງ ເພື່ອຮັກສາການຄຸ້ມຄອງດ້ານສຸຂະພາບຂອງທ່ານ ຫຼື ໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອທາງດ້ານງົບປະມານ. ຖ້າຫາກທ່ານ ຫຼືບຸກຄົນທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອຢູ່ນັ້ນ ມີຄຳຖາມ,ທ່ານມີສິດໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ເປັນພາສາຂອງທ່ານ ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍ. ຕ້ອງການລົມກັບນາຍแปພາສາ, ຈົ່ງໂທຫາເບີ 1-800-991-5840.

Nepali
ध्यानाकर्षण: यो सूचनामा तपाईंको निवेदन वा कभरेजको बारेमा महत्त्वपूर्ण जानकारी हुनसक्छ। यो सूचनामा मुख्य मितिहरू हेर्नुहोस्। तपाईंको स्वास्थ्य कभरेज वा लागतमा मद्दत प्राप्त गर्न तपाईंले निश्चित समयसीमा भित्र कारबाही लिनुपर्ने हुनसक्छ। तपाईं वा तपाईंले सहायता गरेका कसैसँग जिज्ञासाहरू छन् भने तपाईंसँग आफ्नो भाषामा नि:शुल्क सहायता र जानकारी प्राप्त गर्ने अधिकार छ। दोभाषेसँग कुरा गर्न 1-800-991-5840.मा कल गर्नुहोस्।

Oromo
HUBAACHIISA: Beeksisi kun odeeffannoo barbaachisaa waa’ee iyyata keetii yookaan waa’ee tajaajiloota qabaachuu mala. Beeksisa kana irraa guyyoota barbaachisoo ta’an ilaali. Tajaajila fayyaa kee itti fufsiisuuf guyyoota murtaa’an irratti tarkaanfiin ati fudhattu yookaan kaffaltiidhaan gargaarsi ati argattu jiraachu mala. Yoo ati ykn namni ati gargaartu, gaaffii qabaattan, gatii malee gargaarsaa fi oddeeffanno afaan dandeessaaniin argachuun mirga keessaani. Warra afaan hikkaaniif lakkoofsa kanaan bilbilaa 1-800-991-5840.

Russian
ВНИМАНИЕ! В данном уведомлении может содержаться важная информация о вашей заявке или страховке. В нем также указаны ключевые даты. Вам может потребоваться выполнить некоторые действия к определенному сроку для сохранения вашей медицинской страховки или получения помощи в оплате расходов. Если у вас или у человека, которому вы помогаете, возникнут вопросы, вы имеете право получить помощь и информацию на своем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру 1-800-991-5840.

Vietnamese
CHÚ Ý: Thông báo này có thể chứa thông tin quan trọng về đơn đăng ký hoặc bảo hiểm của quý vị. Tìm những ngày chính trong thông báo này. Quý vị có thể cần hành động trước một số thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe của mình hoặc được giúp đỡ có tính phí. Nếu quý vị hoặc người quý vị đang giúp đỡ, có thắc mắc, quý vị có quyền lấy thông tin và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi số 1-800-991-5840.