

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?

<input type="checkbox"/> No, únicamente Blue Cross and Blue Shield of Nebraska (Complete la sección 7)	<input type="checkbox"/> Sí, <b>otro</b> seguro o TRICARE (Complete las secciones 2 a 5 y 7)	<input type="checkbox"/> Sí, Medicare (Complete las secciones 6 y 7)	<input type="checkbox"/> 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)
		<input type="checkbox"/> Atención médica/Médico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Empleado/Cónyuge <input type="checkbox"/> Empleado/Hijo		<input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Soy yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Excónyuge o cónyuge legalmente separado <input type="checkbox"/> Otro	
Si la respuesta es "Soy yo" o "Cónyuge", indique el estado laboral: <input type="checkbox"/> Trabajo(a) activamente con el empleador que ofrece otra cobertura <input type="checkbox"/> No trabajo(a) activamente/discapacidad a largo plazo <input type="checkbox"/> Jubilado del empleador que proporciona otra cobertura Fecha de jubilación _____ <input type="checkbox"/> 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.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 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.	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Responsabilidad conjunta	<input type="checkbox"/> Tutor legal
Si no hay un acuerdo legalmente vinculante para los gastos de atención médica, ¿quién tiene la custodia principal?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Custodia legal conjunta	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)
		<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D	_____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)

### Sección 7 - Firma del titular de la póliza

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

## 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.