



**BlueCross BlueShield
of Nebraska**

A Not-For-Profit Mutual Insurance Company and an Independent Licensee
of the Blue Cross and Blue Shield Association

7261 Mercy Road
Omaha, Nebraska 68180-0001 EE.UU.
www.bcsne.com

Coordinación de beneficios (COB)
Omaha 402-390-1840
Línea gratis 800-462-2924
Fax 402-392-4126

Jueves 8 de Marzo de 2007

No. de identificación:

OC COQ

Estimado afiliado:

Su cobertura de grupo tiene una disposición para la Coordinación de beneficios (COB). Esta disposición se aplica cuando hay más de un plan de seguro que da beneficios. Para que podamos atenderlo mejor, actualizamos esta información todos los años. Complete este cuestionario y devuélvalo dentro de los próximos 30 días. **De su respuesta depende el procesamiento de los reclamos presentados conforme a su contrato.**

Está (afiliado):

Empleado: No empleado: Jubilado: Fecha de jubilación: _____

Está su cónyuge:

Empleado: No empleado: Jubilado: Fecha de jubilación: _____

¿Hay alguna otra cobertura médica, dental o de Medicare disponible para usted, su cónyuge o sus hijos dependientes? (seleccione a continuación)

Sí Tengo/tenemos cobertura de Medicare. Complete la **Sección I** en el reverso de este formulario, fírmelo y devuélvalo.

Sí Tengo/tenemos otra cobertura médica. Complete la **Sección II** en el reverso de este formulario, fírmelo y devuélvalo.

Sí Tengo/tenemos otra cobertura dental. Complete la **Sección II** en el reverso de este formulario, fírmelo y devuélvalo.

No No tengo/tenemos ninguna otra cobertura médica/dental o de Medicare. Firme y devuelva el formulario.

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame a nuestra oficina al 402-390-1840 o al 1-800-462-2924.

Por favor firme aquí:

Certifico que la información indicada es completa dentro de mi conocimiento.

Firma _____

Fecha _____


Número de teléfono en casa: _____

Número de teléfono en el trabajo: _____


Atentamente,

DEPARTAMENTO DE COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

**Sección I
INFORMACIÓN DE MEDICARE**

	
MEDICARE HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	
NAME OF BENEFICIARY _____	
MEDICARE CLAIM NUMBER _____	SEX _____
IS ENTITLED TO _____	EFFECTIVE DATE _____
HOSPITAL (PART A) _____	
MEDICAL (PART B) _____	

Escriba toda la información tal como aparece en su tarjeta de Medicare con respecto a cada persona cubierta

	
MEDICARE HEALTH INSURANCE	
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	
NAME OF BENEFICIARY _____	
MEDICARE CLAIM NUMBER _____	SEX _____
IS ENTITLED TO _____	EFFECTIVE DATE _____
HOSPITAL (PART A) _____	
MEDICAL (PART B) _____	

Tengo Medicare porque:
 tengo 65 años o más estoy incapacitado
 tengo insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD)
Soy: empleado activo
 Jubilado: Fecha de jubilación: _____

Tengo Medicare porque:
 tengo 65 años o más estoy incapacitado
 tengo insuficiencia renal en etapa terminal (ESRD)
Soy: empleado activo
 Jubilado: Fecha de jubilación: _____

Medicare Parte D: SÍ NO
Si responde Sí, nombre del proveedor de la Parte D: _____
Número de teléfono: _____ Fecha de vigencia: _____

**Sección II
Información de otro seguro**

Nombre del titular de la póliza (nombre y apellido) Fecha de nacimiento _____ Número de identificación de otro seguro _____

Nombre del empleador	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
----------------------	-----------	--------	--------	---------------

Nombre de la otra Cía. de seguros	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono
-----------------------------------	-----------	--------	--------	---------------	--------------------

Tipo de cobertura(s):
 Hospital Doctor/Médica(s) Medicamentos con receta Dental Fecha de vigencia: _____

TriCare para servicio activo:
Fecha de opción Standard: _____ Fecha de opción Prime: _____ Fecha de jubilación: _____

Tipo de cobertura: Individual Familia No. de seguro social de EE.UU. del afiliado: _____

Nombre del afiliado cubierto por este plan	Relación	Fecha de nacimiento
--	----------	---------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información sobre tutoría de menores:

Las reglamentaciones del seguro estipulan cuál plan de salud procesará primero los reclamos al coordinar beneficios para menores dependientes cuyos padres estén divorciados, separados legalmente o nunca se hayan casado. Una orden judicial podría cambiar cuál es el seguro primario.

¿A quién de los padres ordenó el tribunal que proporcione el seguro? _____

***Si no recibimos anteriormente una copia de la orden judicial, adjunte una ahora.**

¿Quién tiene la tutoría legal de los menores? _____