



P.O. Box 91059
Seattle, WA 98111

Other Coverage Questionnaire Enrollment Cuestionario para inscripción en otras coberturas

Customer Service/Servicio de atención al cliente: 844-722-4661
TTY/Teléfonos de texto: 711

¡IMPORTANTE! Debe llenar en inglés.

Dear Subscriber/Estimado suscriptor:

Le agradecemos su colaboración para brindar información acerca de otras coberturas de salud que pueda tener, ¡gracias por su cooperación! Lea este formulario y llame al Servicio de atención al cliente al 1-844-722-4661 con la información o complete el formulario y envíelo por correo a la dirección anteriormente mencionada.

Subscriber Name and Address/Nombre y dirección del suscriptor _____ _____ _____	Date/Fecha Member ID ID de miembro Group Number Número de grupo Group Name Nombre del grupo
--	---

Si usted o sus dependientes tienen otra cobertura de salud, la información que se solicita a continuación nos permitirá coordinar el pago de sus reclamos con sus otras aseguradoras. Consulte el reverso de este formulario para obtener las respuestas a las preguntas más frecuentes acerca de la coordinación de beneficios. Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con su empleador o con nuestro Departamento de Servicio de Atención al Cliente.

OTRA INFORMACIÓN ACERCA DEL SEGURO

¿Tiene usted o cualquiera de los miembros de su familia alguna de las siguientes opciones?:

1. Coverage with us (other than listed above)? No Yes If Yes, please complete the following line.
Cobertura con nosotros (que no sea la que se enumera anteriormente) No Sí Si la respuesta es Sí, complete el siguiente renglón.

SUBSCRIBER NAME/ NOMBRE DEL SUSCRIPTOR	DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO MONTH /MES DAY/DIA YEAR/ AÑO	SUBSCRIBER ID NUMBER NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR	GROUP NUMBER NÚMERO DE GRUPO
--	--	--	---------------------------------

2. Medicare coverage/Cobertura de Medicare

 No Yes
No Sí

Si la respuesta es Sí, complete las siguientes secciones. Si más de un miembro tiene cobertura de Medicare, utilice una hoja de papel individual. **Incluya una copia de sus tarjetas de Medicare para cada beneficiario de Medicare.**

NAME OF FAMILY MEMBER WITH MEDICARE COVERAGE NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA CON COBERTURA DE MEDICARE	MEDICARE ID NUMBER NÚMERO DE ID DE MEDICARE	PART A EFF. DATE PARTE A FECHA DE VIGENCIA	PART B EFF. DATE PARTE B FECHA DE VIGENCIA	PART D EFF. DATE PARTE D FECHA DE VIGENCIA	
/ /		/ /	/ /	/ /	
RETIREMENT DATE FECHA DE RETIRO	ARE YOU ENTITLED TO MEDICARE DUE TO ONE OF THE FOLLOWING: ¿TIENE DERECHO A MEDICARE DEBIDO A UNA DE LAS SIGUIENTES CIRCUNSTANCIAS?: <input type="checkbox"/> DISABILITY <input type="checkbox"/> KIDNEY FAILURE DISCAPACIDAD INSUFICIENCIA RENAL	DATES REQUIRED IF DISABILITY OR KIDNEY FAILURE CHECKED: FECHAS REQUERIDAS SI SE HA MARCADO DISCAPACIDAD O INSUFICIENCIA RENAL:	DATE OF ENTITLEMENT FECHA DE ADQUISICIÓN DE LOS DERECHOS	FIRST DIALYSIS TREATMENT PRIMER TRATAMIENTO DE DIÁLISIS	KIDNEY TRANSPLANT TRANSPLANTE DE RIÑÓN
/ /		/ /	/ /	/ /	/ /

¿Tiene derecho a Medicare por más de un motivo? De ser así, proporcione los motivos para sus derechos duplicados.

(REVERSO)

3. Other medical, dental, prescription drug, or vision coverage? No Yes

¿Cuenta con otra cobertura médica, dental, de medicamentos recetados o de vista? No Sí

Si la respuesta es Sí, complete las siguientes secciones. Si tiene más de una póliza, adjunte el documento adicional.

SI OTRO PLAN DE SEGURO DE SALUD LE PAGA EN PRIMER LUGAR, ENVÍENOS UNA COPIA DE LA EXPLICACIÓN DE SUS BENEFICIOS.

NAME OF POLICYHOLDER NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA		DATE OF BIRTH FECHA DE NACIMIENTO MONTH/MES DAY/DÍA YEAR/AÑO	
OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS:			
COMPANY NAME/ NOMBRE DE LA COMPAÑIA		RELATIONSHIP TO OUR SUBSCRIBER/ RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR	
STREET ADDRESS/ DIRECCIÓN		IS POLICY A GROUP COVERAGE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ¿ES LA PÓLIZA UNA COBERTURA EN GRUPO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ IS THIS COBRA COVERAGE? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ¿ES ESTA COBERTURA DE COBRA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ IS COVERAGE AN INDIVIDUAL POLICY? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ¿ES LA COBERTURA UNA PÓLIZA INDIVIDUAL? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
CITY/ Ciudad STATE/ Estado ZIP CODE/ Código postal		POLICY ID # (SOCIAL SECURITY #, MEMBER #, ETC.) NRO. DE ID DE LA PÓLIZA (NRO. DE SEGURIDAD SOCIAL, NRO. DE MIEMBRO, ETC.)	
TELEPHONE NUMBER/ NÚMERO DE TELÉFONO ()		GROUP #/ NRO. DE GRUPO	
EFFECTIVE DATE OF COVERAGE/ FECHA DE VIGENCIA DE LA COBERTURA		EMPLOYER/ EMPLEADOR: ARE YOU RETIRED? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES ¿ESTÁ JUBILADO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
ABOVE POLICY IS FOR/ LA PÓLIZA ANTERIOR ES UNA PÓLIZA: <input type="checkbox"/> MEDICAL <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> VISION <input type="checkbox"/> PRESCRIPTION DRUGS MÉDICA DENTAL DE VISTA DE MEDICAMENTOS RECETADOS			
ABOVE POLICY COVERS/ LA PÓLIZA ANTERIOR ABARCA AL: <input type="checkbox"/> SUBSCRIBER <input type="checkbox"/> SPOUSE <input type="checkbox"/> DEPENDENT CHILDREN SUSCRIPTOR CÓNYUGE HIJOS DEPENDIENTES			

4. Si los padres están divorciados o legalmente separados, la siguiente información es necesaria para determinar qué cobertura procesará los reclamos en primer lugar para los hijos dependientes.

CHILD'S NAME/ NOMBRE DEL NIÑO FIRST/ NOMBRE LAST/ APELLIDO	NAME OF PERSON WITH CUSTODY NOMBRE DE LA PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA	RELATIONSHIP TO CHILD LISTED PARENTESCO CON EL NIÑO	NAME OF PERSON WITH FINANCIAL RESPONSIBILITY FOR HEALTH COVERAGE ACCORDING TO DIVORCE DECREE/NOMBRE DE LA PERSONA CON RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR LA COBERTURA DE SALUD, DE ACUERDO AL DECRETO DE DIVORCIO.	RELATIONSHIP TO CHILD/RELACIÓN CON EL NIÑO	NAME OF OTHER COVERAGE PROVIDED* NOMBRE DE OTRA COBERTURA PROPORCIONADA*

*Si es diferente de la Otra compañía de seguros enumerada en la Pregunta Número 3, indique cualquier otra información de cobertura (por ej. número de teléfono, nombre del tenedor de la póliza, Número de ID, Número de grupo, etc.) en una hoja individual.

Proporcionar información falsa, incompleta o incorrecta a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía se considera un delito. Las sanciones incluyen arresto, multas y denegación de los beneficios del seguro.

SIGNATURE OF SUBSCRIBER OR SPOUSE/FIRMA DEL SUSCRIPTOR O DEL CÓNYUGE

X

Preguntas y respuestas que le ayudarán a entender la coordinación de beneficios (COB)

¿Qué es la coordinación de beneficios (COB)?

La COB son dos o más empresas de atención médica que trabajan de forma conjunta para compartir el costo de los gastos de atención médica.

¿Por qué coordinamos los beneficios?

Las disposiciones de seguros permiten que las empresas de atención médica coordinen los beneficios. Estas disposiciones nos permiten mantener el costo de la cobertura de atención médica tan bajo como sea posible evitando un pago superior al cargo total de las facturas presentadas. Estas normas identifican a un plan como “primario” (la empresa que paga en primer lugar) y al otro plan como “secundario” (la empresa que paga en segundo lugar).

¿A quién debo presentar mis facturas en primer lugar?

- ◆ Si el paciente es Suscriptor de nuestra empresa, debe presentarlas a nosotros primero y al otro plan en segundo lugar.
- ◆ Si el paciente es el cónyuge del Suscriptor de nuestra empresa, debe presentarlas al otro plan en primer lugar y a nosotros en segundo lugar.
- ◆ Si el paciente es un hijo dependiente, debe presentarlas al plan del padre que cumpla años **más cerca del principio del año**. Ejemplo: si la fecha del cumpleaños de la madre es el 5 de mayo y la fecha de cumpleaños del padre es el 9 de noviembre, debe presentarla en primer lugar al plan de la **madre**.
- ◆ Si los padres están divorciados o legalmente separados, debe presentarlas en primer lugar al plan del padre que tiene la responsabilidad financiera por la cobertura de atención médica, según lo especificado en el decreto de divorcio. Si no se especifica en el decreto de divorcio, debe presentar las facturas en el siguiente orden:
 - A. Al plan del padre que tiene la custodia;
 - B. Al plan del cónyuge del padre que tiene la custodia;
 - C. Al plan del padre natural que no tiene la custodia; o
 - D. Al plan del cónyuge del padre que no tiene la custodia;
- ◆ Si tiene dos coberturas con nuestra empresa, presente cada factura con los números de identificación de suscriptor y de grupo.
- ◆ Si su aseguradora primaria es Medicare, presente sus facturas a nuestra empresa con una copia de la Explicación de beneficios de Medicare.
- ◆ Si usted es suscriptor de más de una cobertura de atención médica, la cobertura que haya tenido vigencia por más tiempo es la primaria. Presente su(s) factura(s) a esa aseguradora en primer lugar.
- ◆ Los planes para jubilados pueden requerir que cualquier cobertura para personas no jubiladas sea la primaria.

¿Cómo coordinamos los beneficios?

- ◆ Cuando recibimos su(s) factura(s), determinamos qué empresa de atención médica procesará sus facturas en primer lugar.
- ◆ Si presenta sus facturas con una copia de la denegación de su otra empresa de atención médica o una Explicación de los beneficios, utilizaremos esta información para procesar sus facturas a la brevedad posible.
- ◆ Si no recibimos esta información junto con su(s) factura(s), nos pondremos en contacto con su otra empresa de atención médica para obtener la información necesaria para procesar sus facturas. Siempre llamamos a aquellas empresas que realizan la coordinación por teléfono. Esto nos permite procesar sus facturas a la brevedad posible.

¿Cuándo recibiré un “Cuestionario acerca de otra cobertura”?

- ◆ Cuando tenemos una información conflictiva, incompleta o desactualizada, usted recibirá un cuestionario.
- ◆ Cuando se cancela la otra cobertura, necesitamos nueva información de cobertura.

RECORDATORIOS IMPORTANTES

- ◆ Cuando solicitamos información de COB, devuelva el formulario para la fecha indicada para garantizar el procesamiento inmediato de sus facturas.
- ◆ Siempre proporcione a sus proveedores de atención médica (médico, dentista, etc.) información actualizada y correcta con respecto a la cobertura de atención médica.

Este formulario ha sido traducido del inglés como cortesía. Primera Blue Cross HMO no garantiza la exactitud de la traducción, y no asume responsabilidad alguna por las imprecisiones, omisiones o errores en la traducción. En caso de que haya un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en idioma inglés, la versión en idioma inglés tendrá precedencia.