

Cuestionario de otra cobertura/ Other Coverage Questionnaire

Servicio al Cliente: 844-722-4661 | TTY: 711

Estimado suscriptor:

Para garantizar que sus reclamos se procesen con precisión y a tiempo, debemos confirmar si tiene otra cobertura de salud. Complete este formulario y, si tiene alguna pregunta mientras lo completa, llame al número de Servicio al Cliente que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación o envíe un mensaje a nuestro equipo de Servicio al Cliente a través de su bandeja de entrada segura.

Para obtener respuestas a preguntas frecuentes sobre cómo se coordinan los beneficios, consulte la página 3. Si necesita ayuda para completar el formulario, hable con su empleador o comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

Si hay una orden judicial de custodia de menores que afecta la cobertura del seguro, complete un [Cuestionario de custodia de menores](#). Esto nos ayuda a determinar en qué orden debe manejar cada plan de seguro los reclamos de los hijos.

Nombre y dirección del suscriptor/Subscriber Name and Address		Fecha/Date	
		Identificación del miembro/Member ID	
		Número de grupo/Group number	
		Nombre del grupo/Group name	
		Fecha(s) de servicio(s)/Service date(s)	
		Número de reclamo/Claim number	

OTRA INFORMACIÓN DEL SEGURO: ¿Usted o algún miembro de su familia tiene alguno de los siguientes?/**OTHER INSURANCE INFORMATION:** Do you or any family members have any of the following?

Sección A. Otra cobertura/Section A. Other coverage

¿Cuenta con otra cobertura además de la mencionada anteriormente? Seleccione uno./Do you have other coverage, other than that listed above? Select one.

☐ Sí. Continúe con la sección B./Yes. Continue to Section B.

☐ No. Pase a la Sección C./No. Skip to Section C.

Sección B. Información del suscriptor/Section B. Subscriber information

Nombre del suscriptor/Subscriber name		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)Date of birth (mm/dd/yyyy)	Número de identificación del suscriptor/Subscriber ID number	Número de grupo/Group number

Sección C. Cobertura de Medicare/Section C. Medicare coverage

¿Tiene cobertura de Medicare? Seleccione uno./Do you have Medicare coverage? Select one.

☐ Sí. Continúe con la Sección D./Yes. Continue to Section D.

☐ No. Pase a la Sección E./No. Skip to Section E.

Sección D. Información sobre Medicare/Section D. Medicare information

- Si hay más de un miembro con cobertura de Medicare, utilice una hoja de papel aparte./If there is more than one member with Medicare Coverage, use a separate piece of paper.
- Incluya una copia de su(s) tarjeta(s) de Medicare para cada beneficiario de Medicare./Please include a copy of your Medicare card(s) for each Medicare recipient.**

Nombre del familiar con cobertura de Medicare/Name of family member with Medicare coverage	Número de Id. de Medicare/Medicare ID number	Última fecha de empleo/Last date employed
Fecha de entrada en vigor de la Parte A (mm/dd/aaaa)/Part A effective date (mm/dd/yyyy)	Fecha de entrada en vigor de la Parte B (mm/dd/aaaa)/Part B eff. date (mm/dd/yyyy)	Fecha de entrada en vigor de la Parte C (mm/dd/aaaa)/Part C eff. date (mm/dd/yyyy)
¿Tiene derecho a Medicare debido a una discapacidad? Seleccione uno./Are you entitled to Medicare due to disability? Select one. ☐ Sí. Complete el campo de fecha aquí./Yes. Complete the date field here. →→ ☐ No. Pasa a la siguiente pregunta./No. Go to the next question.		Fecha de otorgamiento de derecho/Date of entitlement
¿Tiene derecho a Medicare debido a insuficiencia renal? Seleccione uno./Are you entitled to Medicare due to kidney failure? Select one. ☐ Sí. Complete los campos de fecha aquí./Yes. Complete the date fields here. →→ ☐ No. Pasa a la siguiente pregunta./No. Go to the next question.	Fecha del primer tratamiento de diálisis/Date of first dialysis treatment	Fecha del trasplante de riñón/Date of kidney transplant
¿Tiene derecho a Medicare porque tiene 65 años o más?/Are you entitled to Medicare because you are age 65 or over? ☐ Sí/Yes ☐ No/No		

Sección E. Otra cobertura/Section E. Other coverage

¿Tiene otra cobertura médica, dental, de la vista o de medicamentos con receta? Seleccione uno./Do you have other medical, dental, vision or prescription drug coverage? Select one.

☐ Sí. Continúe con la Sección F./Yes. Continue to Section F.

☐ No. Pase a la Sección G./No. Skip to Section G.

Sección F. Información del otro seguro/Section F. Other insurance information

- Si hay más de una póliza, adjunte documentos adicionales./If there is more than one policy, attach additional paper.
- Si otro plan de seguro de salud paga primero, envíenos una copia de su Explicación de beneficios (EOB)./If another health insurance plan pays first, send us a copy of their Explanation of Benefits (EOB).**

Información de la otra compañía de seguros/Other insurance company information			
Nombre de la compañía/Company name	Número de teléfono/Telephone number	Fecha de entrada en vigor de la cobertura/Effective date of coverage	
Dirección/Street address	Ciudad/City	Estado/State	Código postal/Zip code

Información del titular de la póliza/Policyholder information		
Nombre del titular de la póliza/Name of policyholder	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)/Date of birth (mm/dd/yyyy)	Relación con el suscriptor/Relationship to our subscriber
Nombre del empleador o grupo, si corresponde/Employer or group name, if applicable		
Defina el tipo de cobertura. Seleccione uno./Define the type of coverage. Select one. ☐ Póliza grupal/Group policy ☐ Póliza individual/Individual policy	La cobertura mencionada cubre: (seleccione uno)/Above policy covers - select one ☐ Empleado activo/Active employee ☐ Cobertura COBRA/COBRA coverage ☐ Jubilado/Retiree ☐ Otro. Explique:/Other. Explain:	
Id. de la póliza (número de Seguro Social, identificación de miembro, etc.)/Policy ID (Social Security Number, Member ID, etc.)	Número de grupo/Group number	
La póliza mencionada es para: (seleccione todas las que correspondan)/Above policy is for - select all that apply ☐ Medical/Medical ☐ Dental/Dental ☐ Vista/Vision ☐ Medicamentos con receta/Prescription drug	La póliza mencionada cubre: (seleccione todas las que correspondan)/Above policy covers - select all that apply ☐ Suscriptor/Subscriber ☐ Cónyuge/Spouse ☐ Hijos dependientes/Dependent children	

Sección G. Firma: Imprima este formulario y fírmelo/**Section G. Signature** – Print this form then sign it
Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de estafar a la compañía. Las penalidades incluyen prisión, multas y denegación de beneficios de seguro. It is a crime to knowingly provide false, incomplete, or misleading information to an insurance company for the purpose of defrauding the company. Penalties include imprisonment, fines, and denial of insurance benefits.

Firma del suscriptor o cónyuge/Signature of subscriber or spouse X_____	Nombre en letra imprenta/Printed name
	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)/Date signed (mm/dd/yyyy)

Preguntas y respuestas para ayudarle a entender la coordinación de beneficios (COB)

¿Qué es la coordinación de beneficios (COB)?

La coordinación de beneficios (COB) son dos o más compañías de atención médica que trabajan juntas para compartir el costo de los gastos de atención médica.

¿Por qué coordinamos los beneficios?

Las normas de seguros permiten que las compañías de atención médica coordinen los beneficios. Estas normas nos permiten mantener el costo de su cobertura de atención médica lo más bajo posible al evitar el pago de más del cargo total de las facturas presentadas. Estas normas identifican un plan como "primario" (la compañía que paga primero) y el otro plan como "secundario" (la compañía que paga en segundo lugar).

¿A quién le envío primero mi(s) factura(s)?

- Si el paciente es nuestro suscriptor, envíenos las facturas primero a nosotros y al otro plan en segundo lugar.
- Si el paciente es cónyuge de nuestro suscriptor, primero debe presentarla(s) al otro plan y luego a nosotros.
- Si el paciente es su hijo/a dependiente, preséntela(s) al plan del progenitor cuyo cumpleaños **ocurra primero en el año**. Por ejemplo: si la fecha de nacimiento de la madre es el 5 de mayo y la fecha de nacimiento del padre es el 9 de noviembre, preséntela(s) al plan **de la madre** primero.
- Si los padres del paciente están divorciados o separados legalmente, preséntela(s) primero al plan del padre que sea responsable económicamente para la cobertura de atención médica de acuerdo con la sentencia de divorcio. Si no se indica en la sentencia de divorcio, presente la(s) factura(s) en el siguiente orden:
 - A. al plan del padre o madre que tenga la custodia;
 - B. al plan del cónyuge del padre que tenga la custodia.
 - C. al plan del padre que no tenga la custodia; o
 - D. al plan del cónyuge del padre que no tenga la custodia.
- Si cuenta con dos de nuestras coberturas, envíe cada factura con los números de identificación de suscriptor y grupo.
- Si Medicare es su proveedor principal, envíenos su(s) factura(s) 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 ha estado vigente por más tiempo es la primaria. Envíe primero su(s) factura(s) a ese proveedor.
- Los planes para jubilados pueden requerir que cualquier cobertura para no jubilados sea primaria.

¿Cómo coordinamos los beneficios?

- Cuando recibimos su(s) factura(s), determinamos qué compañía de atención médica procesará su(s) factura(s) primero.
- Si envía su(s) factura(s) con una copia de la denegación de su otra compañía de atención médica o una Explicación de beneficios, usaremos esta información para procesar su(s) factura(s) a la brevedad.
- Si no recibimos esta información con su(s) factura(s), nos comunicamos con su otra compañía de atención médica para obtener la información necesaria para procesar su(s) factura(s). Siempre llamamos por teléfono a las empresas que coordinan. Esto nos permite procesar su(s) factura(s) a la brevedad.

¿Cuándo recibiré el "Cuestionario de otra cobertura"?

- Si tenemos información contradictoria, incompleta u obsoleta, recibirá un cuestionario.
- Si se cancela su otra cobertura, necesitamos nueva información de su cobertura.

RECORDATORIOS IMPORTANTES

- Cuando solicitemos información de COB, devuelva el formulario antes de la fecha indicada para garantizar el procesamiento rápido de su(s) factura(s).
- Mantenga siempre a sus proveedores de atención médica (médico, dentista, etc.)/ actualizados con su información de cobertura de atención médica correcta.