

Cuestionario de coordinación de beneficios

- **Proveedor:** Después de que el titular de la póliza haya rellenado y firmado, envíe este formulario a su plan BlueCross y/o BlueShield local inmediatamente. No espere para enviarlo junto con la reclamación. Los formularios completados pueden enviarse por fax a BCBST al (423) 535-1959.
- **Miembro:** Su contrato con BlueCross BlueShield puede contener una cláusula de Coordinación de Beneficios (COB). Dependemos de su ayuda para poder procesar sus reclamaciones correctamente y agradecemos su respuesta rápida y precisa. Si alguno de los datos que figuran a continuación cambia, comuníquese de inmediato con el plan BlueCross BlueShield del titular de la póliza.

Por favor, rellene y envíe este formulario al plan BCBS al que está inscrito.

Usted puede llamar al número de teléfono del servicio de atención al miembro que figura en su tarjeta de identificación de miembro para obtener la dirección.

Nombre del proveedor:	NPI (Indique el número de identificación fiscal si no tiene número NPI):
Nombre del asegurado:	
Número de grupo:	Número de identificación de miembro con el prefijo de tres letras:

Sección A

Otros seguros *Si no le corresponde, continúe a la sección B*

¿Está usted o cualquier otro miembro de su familia bajo esta póliza de BlueCross BlueShield cubierto por otra póliza de seguro médico o dental, cualquier otra póliza de BlueCross BlueShield o Medicare?

- ☐ No Si la respuesta es no, rellene la sección D, firme, feche y devuélvanos este cuestionario indicando "No tengo otro seguro".
- ☐ Sí Si la respuesta es sí, rellene todos los campos a continuación que correspondan al miembro(s) que tiene(n) la otra cobertura.

Marque los que correspondan: ☐ Otro seguro médico ☐ Otro seguro dental

¿Qué tipo de póliza es ésta? ☐ De grupo ☐ Póliza individual ☐ Póliza de estudiante ☐ Suplemento de Medicare

Nombre de la otra compañía de seguros			
Dirección	Estado	Código postal	Número de teléfono
Persona(s) dependiente(s) que figura(n) en el otro seguro			
Nombre del titular de la otra póliza de seguro	Fecha de nacimiento del titular	Número de identificación	
Fecha efectiva del otro seguro	Si se ha cancelado, fecha de cancelación		

Está el titular del seguro: ☐ Trabajando activamente para el grupo

☐ Inactivo

☐ Jubilado, fecha de jubilación: _____

☐ En COBRA, que comenzó: _____

Policyholder's Employer			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono

Sección B

Información sobre Medicare *Si no le corresponde, continúe a la sección C*

¿El titular del seguro y/o la(s) persona(s) dependiente(s) tiene(n) Medicare? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la(s) persona(s) con Medicare
Número de Medicare, incluyendo los caracteres alfabéticos

Fecha efectiva de la Parte A de Medicare: _____ Fecha efectiva de la Parte B de Medicare: _____

Derecho a Medicare: ☐ Sí ☐ Discapacidad* ☐ Sí ☐ Enfermedad renal terminal (ERT)*

Si el motivo es por incapacidad o ERT, por favor proporcione lo siguiente:

1ª fecha de incapacidad: _____

1ª fecha de diálisis para ERT: _____

¿Se inició la ERT en un centro médico? ☐ Sí ☐ No

¿Se inició la ERT como autodiálisis o diálisis en el hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Se ha realizado un trasplante? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, por favor proporcione la fecha del trasplante: _____

Sección C

Información sobre órdenes judiciales *Si no le corresponde, continúe a la sección D*

¿Existe una orden judicial en la que se especifique que una o varias personas deben mantener la cobertura médica de alguna de las personas a su cargo? ☐ Sí ☐ No

Proporcione los nombres de las personas a su cargo.	
Si la respuesta es sí, ¿quién es la(s) persona(s) indicada(s) para mantener la cobertura médica?	
¿Cuál es la relación con los hijos?	¿Quién tiene la custodia de los hijos más del 50% del tiempo?

Documentación sobre la orden judicial puede ser solicitada por su Plan BlueCross BlueShield

Sección D

Nombres de las personas a su cargo en la póliza BCBS

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro social (opcional)
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro social (opcional)
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Sexo	Número de seguro social (opcional)
Firma del titular de la póliza		Fecha		



1 Cameron Hill Circle | Chattanooga, TN 37402 | bcbst.com

BlueCross BlueShield of Tennessee, Inc., es un licenciario independiente de BlueCross BlueShield Association.