



Formulario de Coordinación de Beneficios

Su respuesta rápida asegurará que sus reclamos se paguen de manera oportuna y precisa. Este formulario se utiliza con el único propósito de recolectar información sobre otras compañías de cuidado de la salud que ofrecen cobertura de beneficios de salud para usted o sus Dependientes a fin de pagar los reclamos correctamente. **Si necesita esta forma en español, favor de llamar al (702) 242-7419.**

1. Nombre del suscriptor (empleado):	N.º de ID del suscriptor (consulte el n.º en la tarjeta de identificación):
Nueva dirección solamente:	Ciudad Estado Código postal
N.º de teléfono particular:	N.º de teléfono del trabajo: N.º de teléfono celular:

2. ¿Usted, su cónyuge o alguno de sus Dependientes está cubierto por Otro Plan de Cuidado de la Salud, incluido Medicare u otro plan de HPN, SHL o UHC y Afiliadas?
 NO – (Complete n.º 2 y n.º 4) **SÍ – (Complete n.º 2 hasta n.º 5)**
 Nombre del cónyuge: _____
 N.º de identificación del cónyuge (consulte tarjeta de identificación) _____

3. Inclúyase usted (si corresponde) y a cualquiera de sus Dependientes que estén cubiertos por el Otro Plan de Cuidado de la Salud, incluido Medicare u otro plan de HPN, SHL o UHC y Afiliadas.

Nombre (nombre y apellido)	Relación con el Suscriptor de Otro Plan de Cuidado de la Salud	Relación con el Suscriptor (identificado en el número 1 anterior)
1.	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____
2.	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____
3.	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____
4.	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____	<input type="checkbox"/> Hijo natural <input type="checkbox"/> Hijastro <input type="checkbox"/> Otra (indique) _____

Proporcione información completa sobre el Otro Plan de Cuidado de la Salud que cubre a los individuos identificados anteriormente, incluida una enumeración de cualquier otro plan de HPN, SHL o UHC y Afiliadas.

Nombre del suscriptor de Otro Plan de Cuidado de la Salud: _____ Fecha de Nacimiento: _____
 N.º de ID del suscriptor: _____ El Suscriptor está: Activo en el trabajo Jubilado Otro _____
 Nombre de Otro Plan de Cuidado de la Salud: _____ Fecha Efectiva de Cobertura: _____
 Dirección de Otro Plan de Cuidado de la Salud: _____
 Teléfono de Otro Plan de Cuidado de la Salud: _____ Nombre de la Empresa: _____

Marque todos los casilleros correspondientes que se apliquen
al Otro Plan de Cuidado de la Salud: Cobertura única Cobertura familiar
Tipo de Plan: HMO POS PPO Individual Medicare **Beneficios:** Médicos Farmacia Dentales Vista

4. ¿Usted, su cónyuge o alguno de sus Dependientes tuvo anteriormente cobertura de cuidado de la salud que haya sido cancelada?
 NO SÍ Nombre de la Compañía de Seguros Cancelada: _____ Fecha de Cancelación: _____

Continúa del otro lado →



5. ¿Alguno de los hijos Dependientes en su plan está cubierto por un plan de cuidado de la salud de un padre divorciado o separado?

NO (Firme, feche y devuelva este formulario) SÍ (Complete el formulario)

	Nombre del hijo (nombre y apellido)	¿Quién tiene la custodia física del niño?	Mamá	Papá	Otro
1.	_____ y _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	_____ y _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	_____ y _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	_____ y _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Quién es responsable de la cobertura de cuidado de la salud del hijo Dependiente?

	Usted (Suscriptor)	Sección 3 Titular del Plan	Titular del Plan (Indicado en p. 2)	Orden Judicial *Sí	Orden Judicial No
Nombre del Niño(a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del Niño(a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del Niño(a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nombre del Niño(a) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Importante:** Si la responsabilidad se determina mediante una Orden Judicial, adjunte una copia de la sección pertinente de la Orden Judicial que trata específicamente de la custodia y la responsabilidad del cuidado de la salud.

Use esta sección para proporcionar cualquier información adicional sobre la cobertura de cuidado de la salud que no se haya proporcionado en este Formulario de Coordinación de Beneficios para el/los hijo(s) Dependiente(s):

Nombre del Suscriptor: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación con el niño: _____

Nombre de la Compañía de Seguros de Cuidado de la Salud que proporciona la Cobertura del Niño: _____

Dirección de la Compañía de Seguros: _____ N.º de teléfono: _____

Número de Plan: _____ Número de Grupo: _____ Número de identificación: _____

Fecha de Vigencia de la Cobertura: _____ Beneficios proporcionados: Médicos Farmacia Dentales Vista

Información de Medicare (Si esta sección no se aplica, pase a la sección de firma.)

1. ¿El Suscriptor y/o algún Dependiente tienen cobertura de Medicare? SÍ NO

2. Nombre de los individuos inscritos en Medicare: _____

3. Número de Medicare, incluidos caracteres alfa: _____

4. Fecha de Vigencia: Parte A de Medicare ___/___/___ Parte B de Medicare ___/___/___
Parte D de Medicare ___/___/___

5. Derecho a Medicare: Edad Discapacidad* Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ERT)*

*Si el Derecho a Medicare se otorga por una Discapacidad o por Enfermedad Renal en Etapa Terminal, proporcione la siguiente información:

▪ 1^{era} Fecha de Discapacidad: ___/___/___

▪ 1^{era} Fecha de Diálisis por ERT: ___/___/___

▪ ¿La ERT comenzó en un centro? SÍ NO

▪ ¿La ERT comenzó como Autodiálisis o Diálisis en el Hogar? SÍ NO

6. ¿Se ha realizado un trasplante? SÍ NO

Si la respuesta es AFIRMATIVA, proporcione la fecha del trasplante: ___/___/___



Entiendo que tanto yo como mi Representante Autorizado tenemos derecho a una copia de este formulario a solicitud. He leído las declaraciones y respuestas anteriores y declaro que son correctas y están completas a mi leal saber y entender. Acepto que se usen como base de aceptación para la Coordinación de Beneficios míos y de mi Dependiente(s), si los hubiera. Confirmando que entiendo cada una de las preguntas formuladas en este formulario, así como las palabras usadas en dichas preguntas.

Firma del Suscriptor (por sí y los Dependientes): _____ Fecha: _____

Complete, firme y feche este formulario y envíelo en el sobre que tiene la dirección impresa o a la siguiente dirección:

HPN, SHL, UHC y Afiliadas
ATTN: Claims Investigation and Recovery Department
P.O. Box 15645
Las Vegas, NV 89114-5645

O puede enviar por **fax** el formulario completo al **(702) 804-3486**.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, comuníquese con la Unidad de Coordinación de Beneficios al (702) 242-7419 (TDD/ADA (702) 242-9214, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Si está fuera del área de Las Vegas, llame a nuestro número gratuito: 1-800-201-7622 (TDD/ADA 1-800-349-3538).

ADVERTENCIA: Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de cuidado de la salud con el fin de estafar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de cuidado de la salud o agente de una compañía de cuidado de la salud que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o al reclamante con el fin de estafarlo o intentar estafarlo con respecto a un acuerdo o premio pagadero por el cobro de un seguro, será denunciado ante la División de Seguros de Nevada.