



Formulario de TRICARE sobre la cobertura de Otro Seguro Médico (OHI)

DEBE LLENARLO EL TITULAR DE LA PÓLIZA DEL OHI

Instrucciones y explicaciones para llenar el formulario de TRICARE acerca del Otro Seguro Médico

La información de esta página se incluye para ayudarle a llenar el formulario del Otro Seguro Médico (OHI) que se encuentra al reverso de esta página. Asegúrese de consultar esta información para aclarar detalles cuando llene el formulario. El titular de la póliza del OHI debe llenar este formulario.

Los reglamentos federales exigen que le notifique a TRICARE si usted también es beneficiario de algún plan de Otro Seguro Médico. Tome en cuenta que TRICARE le ofrecerá beneficios aunque tenga otro seguro. Si actualmente usted o sus familiares reciben beneficios de otro plan de seguro médico o los han recibido en los últimos cinco años, necesita llenar el formulario al reverso de esta página y devolverlo a:

WPS
West Region Claims
P.O. Box 77028
Madison, WI 53707-1028

Si en algún momento en el futuro decide cancelar su Otro Seguro Médico o cancelarlo con su compañía de seguros, llene un nuevo formulario OHI y envíelo por correo a WPS a la dirección anterior.

Tome en cuenta que: Medicaid no es Otro Seguro Médico y no necesita informar sobre eso.

Información y Definiciones Importantes

Patrocinador

Es el miembro de los servicios uniformados (ya sea en servicio activo, retirado o fallecido) cuya relación con usted (cónyuge, padre/madre, etc.) lo hace elegible para TRICARE.

Beneficiario

Familiares del personal militar en servicio activo y personal retirado del servicio militar y sus familias, que son elegibles para recibir los beneficios de TRICARE.

Organización de Mantenimiento de Salud (HMO)

Un HMO es un plan "pagado por adelantado" (como TRICARE Prime) que utiliza una red seleccionada y altamente calificada de proveedores de atención médica. Por lo general, el HMO ofrece una gama completa de servicios y a menudo enfatiza la atención preventiva.

Organización de Proveedor Preferido (PPO)

Un PPO (como TRICARE Extra) es una red de proveedores de atención médica que acuerdan ofrecer atención al paciente con un costo reducido o fijo para un plan médico o para los beneficiarios con el fin de poder ser parte de la red de proveedores. Por lo general, los beneficiarios pueden elegir a cualquiera de los proveedores de la red.

Seguro Básico

Es un seguro que habitualmente tiene un deducible y paga beneficios de acuerdo a un plan de porcentajes; puede ser cualquier plan que no sea un PPO o un HMO.

Medicare

Programa nacional de salud a través del cual se pagan ciertos gastos médicos y de hospital con fondos federales (principalmente del Seguro Social). El programa está abierto a personas mayores de 65 años y a personas con discapacidades permanentes. Si usted es elegible para la Parte A, debe comprar la Parte B para poder conservar la elegibilidad de TRICARE, a menos que su patrocinador esté en servicio activo.

Complemento de Medicare

El seguro complementario de Medicare, también llamado "póliza Medigap" es una póliza de seguro médico que venden las compañías privadas de seguros para ayudarle a pagar los costos médicos que no cubre el plan original de Medicare. Las organizaciones como USAA, TROA y AARP pueden ofrecer las pólizas de Medigap. A través del seguro complementario, usted puede obtener beneficios adicionales como medicamentos de receta o días adicionales en el hospital.

Declaración de la Ley de Privacidad

Autoridad: 10 U.S.C. Sección 1086(d); 10 U.S.C., Sección 1095; y E.O. 9397.

Propósito: La información proporcionada se usa para actualizar su derecho al programa TRICARE y para verificar o corregir nuestros registros con respecto a su cobertura de Medicare y de otros seguros médicos.

Usos de rutina: Para la Administración del Seguro Social, con el fin de verificar la elegibilidad del solicitante; para el Departamento de Salud y Servicios Humanos, de acuerdo con sus responsabilidades estatutarias para vigilar los programas de atención médica del gobierno; y para los proveedores de seguros médicos para coordinar los beneficios de la cobertura.

Divulgación: Voluntaria; no obstante, el no proporcionar la información solicitada puede ocasionar un retraso en el pago de sus reclamaciones médicas.

Aviso de Divulgación para las Agencias

La responsabilidad de informe para el público de esta recopilación de información se calcula que tarde en promedio cinco minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, investigar las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Envíe comentarios acerca de este cálculo o de cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir el tiempo, a DoD, Washington Headquarters Services, Directorate for Information Operations and Reports (0720-0025), 1215 Jefferson Davis Highway, Suite 1204, Arlington, VA, 22202-4302. Quienes respondan deben estar conscientes de que no obstante el contenido de alguna otra disposición de la ley, ninguna persona deberá ser sujeta a alguna penalización por no cumplir con una recopilación de información si no muestra un número de control OMB válido actualmente.

Si tiene preguntas acerca de este formulario,
llame a TriWest Healthcare Alliance Corp.
al 1-888-TRIWEST (874-9378).



Formulario de TRICARE sobre la cobertura de Otro Seguro Médico (OHI)
 DEBE LLENARLO EL TITULAR DE LA PÓLIZA DEL OHI

Sección I. Información personal

Núm. de Seguro Social del **beneficiario**: _____ Fecha de nacimiento del beneficiario: _____
 Apellido del beneficiario: _____ Nombre e inicial: _____
 Núm. de Seguro Social del **patrocinador**: _____ Fecha de nacimiento del patrocinador: _____
 Apellido del patrocinador: _____ Nombre e inicial: _____
 Dirección del patrocinador: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
 Núm. de teléfono de la casa del patrocinador: (_____) _____ Núm. de teléfono del trabajo del patrocinador: (_____) _____
 Dirección de correo electrónico del patrocinador: _____

Sección II: Información del Otro Seguro Médico

¿Alguien de su familia tiene OHI? Sí _____ No _____ Si responde "sí", ¿qué tipo de cobertura es (*vea los detalles en la portada*)?
 HMO _____ PPO _____ Seguro básico _____ Medicare _____ Complemento de Medicare _____
 ¿Incluye este OHI beneficios de farmacia? Sí _____ No _____
 ¿Incluye este OHI beneficios de salud mental? Sí _____ No _____
 Indique si recibe este OHI por medio del: Empleador del patrocinador _____ Empleador del cónyuge _____
 Nombre del titular de la póliza del OHI: _____ Parentesco con el patrocinador: _____
 Nombres de otras personas cubiertas por esta póliza:
 1: _____ 2: _____
 3: _____ 4: _____

Si recibe el OHI por medio de un empleador, proporcione la siguiente información:

Nombre de la compañía de seguros: _____
 Dirección de la compañía de seguros: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
 Nombre del empleador: _____
 Dirección del empleador: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
 Número de póliza: _____ Número de grupo: _____
 Fecha de vigencia: _____ Fecha de terminación: _____

Sección III: Información de Medicare

Llene lo siguiente si tiene cobertura de Medicare:

Número de seguro médico de Medicare: _____
 Fecha de vigencia, hospital (Parte A): _____ Fecha de vigencia, médica (Parte B): _____

Sección IV: Autorización

Las declaraciones anteriores son ciertas y veraces a mi mejor saber y entender. Entiendo que la ley federal 18 U.S.C. 1001 permite sanciones penales por entregar declaraciones o reclamaciones falsas, ficticias o fraudulentas a sabiendas o por realizarlas en cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento o agencia de Estados Unidos. Además entiendo que se pueden obtener copias de la ley citada en las oficinas legales de los Servicios Uniformados, en las bibliotecas públicas y con cualquier Coordinador de Asistencia y Asesoría para Beneficiarios.

Su firma: _____
 Su parentesco con el patrocinador: _____ Fecha de hoy: _____