Cuestionario de TRICARE® sobre otros seguros médicos

TriWest Healthcare Alliance ofrece a los beneficiarios de TRICARE de la Región Oeste acceso a una cuenta segura para administrar su atención médica en línea en cualquier momento. Visite www.triwest.com/register para configurar su cuenta. ¿Ya está registrado? Inicie sesión y actualice su información en línea. Para obtener más información sobre otros seguros médicos, consulte nuestras preguntas frecuentes en www.triwest.com.

Nombre del patrocinador: _____

Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) o número de beneficios del Departamento de Defensa (Department of Defense Benefits Number, DBN) del patrocinador: _____

Fecha de nacimiento del patrocinador: _____

Dirección postal del patrocinador: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono particular del patrocinador: _____ Teléfono laboral del patrocinador: _____

¿Ha tenido usted o algún familiar cobertura de otro seguro médico que no sea TRICARE durante los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa, complete el resto de este cuestionario. Independientemente de su respuesta anterior, lea el cuestionario, firme en la página 2 y envíelo a la dirección que se indica en la página 3 de este documento.

TRICARE paga después de los planes médicos adquiridos comercialmente y de Medicare, pero es el pagador principal frente a los planes estatales de asistencia médica (*Medicaid*) y de las pólizas que se comercializan específicamente como planes complementarios de TRICARE. Usted o su proveedor deben presentar las reclamaciones de atención médica a los pagadores principales **antes** de presentarlas a TRICARE con la prueba de lo que el seguro principal pagó y su responsabilidad restante.

Referencia:

INFORMACIÓN SOBRE OHI

Beneficiario cubierto 1: **EJEMPLO**	Nombre	Apellido	Año de nacimiento	SSN o DBN	
	Juana	***Pérez***	***1964***	***001122334-01***	
Nombre de la compañía de seguros médicos	Teléfono	Número de póliza	Tipo de cobertura*	Fecha de inicio original de la póliza	Fecha de vencimiento (*si corresponde*)
1. **Blue Cross**	***1-800-555-1234***	***Xhj123456789a***	***1***	***1/1/2009***	***N/D***
2. ***M.O.A.A.***	***1-800-555-1234***	***123456789A***	***2***	***1/1/2005***	***N/D***

INFORMACIÓN SOBRE OHI					
Beneficiario cubierto 1:	Nombre	Apellido	Año de nacimiento	SSN o DBN	
Nombre de la compañía de seguros médicos	Teléfono	Número de póliza	Tipo de cobertura*	Fecha de inicio original de la póliza	Fecha de vencimiento (*si corresponde*)
1.					
2.					
Beneficiario cubierto 2:	Nombre	Apellido	Año de nacimiento	SSN o DBN	
Nombre de la compañía de seguros médicos	Teléfono	Número de póliza	Tipo de cobertura*	Fecha de inicio original de la póliza	Fecha de vencimiento (*si corresponde*)
1.					
2.					
Beneficiario cubierto 3:	Nombre	Apellido	Año de nacimiento	SSN o DBN	
Nombre de la compañía de seguros médicos	Teléfono	Número de póliza	Tipo de cobertura*	Fecha de inicio original de la póliza	Fecha de vencimiento (*si corresponde*)
1.					
2.					
Beneficiario cubierto 4:	Nombre	Apellido	Año de nacimiento	SSN o DBN	
Nombre de la compañía de seguros médicos	Teléfono	Número de póliza	Tipo de cobertura*	Fecha de inicio original de la póliza	Fecha de vencimiento (*si corresponde*)
1.					
2.					

*** Utilice los siguientes tipos de cobertura cuando complete el cuestionario:**

1 = Plan de salud patrocinado por el empleador	**2 = Plan complementario de TRICARE**	**3 = Privada (no se obtiene a través de un empleo)**	**4 = Medicaid/Plan estatal de asistencia médica**	**5 = Plan estudiantil**
6 = Plan complementario de Medicare	**R = Farmacia**	**C = Medicare**	**H = Plan Medicare HMO o Medicare Advantage**	

Si tiene más beneficiarios cubiertos, utilice una hoja adicional.

¿Alguna de estas pólizas se limita a una cobertura específica como cáncer, centro de enfermería, servicios dentales, servicios de visión, farmacia, etc.? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre del seguro y la cobertura específica:_____

_____

¿Alguna de estas pólizas tiene exclusiones? ☐ Sí ☐ No
Si su respuesta es afirmativa, indique el nombre del seguro y las exclusiones:_____

_____

Las declaraciones realizadas en este cuestionario son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Comprendo que las leyes federales del título 18, secciones 287 y 1001 del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) contemplan sanciones penales por presentar reclamaciones o realizar declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas a sabiendas sobre cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquier departamento u organismo de Estados Unidos. También comprendo que puedo obtener copias de las leyes citadas en las oficinas legales de los servicios uniformados, las bibliotecas públicas y a través de numerosos Coordinadores de asistencia y asesoría al beneficiario.

Nombre:_____ **Relación con el patrocinador:**_____
(complete en letra de imprenta)

Firma_____ **SSN o DBN del patrocinador**_____ **Fecha**_____

Revise la sección Información y definiciones importantes, en la página 3.

Información y definiciones importantes

Patrocinador
Miembro de los servicios uniformados–ya sea en servicio activo, jubilado o fallecido–que tiene algún tipo de relación con usted (*cónyuge, padre, etc.*), según se indica en el sistema de informes de elegibilidad de inscripción de la Defensa (*Defense Enrollment Eligibility Reporting System, DEERS*) y lo hace elegible para recibir la cobertura de TRICARE.

Beneficiario
Personal militar en servicio activo, jubilados militares, sobrevivientes y familiares que son elegibles para recibir los beneficios de TRICARE.

Plan de salud patrocinado por el empleador
Póliza comprada por un empleador que se ofrece a los empleados elegibles de la empresa como un beneficio por trabajar para esa empresa.

Planes complementarios de TRICARE
Planes de cobertura específicamente diseñados para cubrir cualquier copago, costo compartido o deducible que TRICARE no cubra. A diferencia de otros planes de seguros médicos, los planes complementarios de TRICARE generalmente se encuentran disponibles a través de asociaciones militares y otras organizaciones y firmas privadas.

Privada–no se obtiene a través de un empleo
Plan de seguros médicos que se compra directamente a un asegurador. La cobertura de tipos específicos de servicios médicos puede variar. Los tipos de planes pueden ser pólizas de indemnización por hospitalización, que pagan un beneficio fijo diario, semanal o mensual.

Medicaid
Programa público de atención médica, administrado por los estados, para ciertas personas y familias de bajos ingresos y recursos.

Plan estudiantil
Una póliza individual patrocinada por una escuela que cubre a los estudiantes que cumplen con los requisitos de elegibilidad.

Plan complementario de Medicare
El seguro complementario de Medicare, también denominado póliza Medigap, es una póliza de seguros médicos que se adquiere a través de compañías de seguros privadas para abarcar los gastos que no cubren los planes originales de Medicare (*Medicare Parte A y Parte B*).

Farmacia
Plan de pólizas que cubre los costos de los medicamentos recetados que se compran en la farmacia.

Medicare
Programa de salud nacional que paga ciertos gastos médicos y hospitalarios. El programa está disponible para personas mayores de 65 años y personas con discapacidades permanentes. Obtenga más información sobre Medicare en **www.medicare.gov**. Si es elegible para Medicare Parte A, debe comprar la Parte B para conservar la elegibilidad de TRICARE, a menos que su patrocinador se encuentre en servicio activo. Cuando es elegible para TRICARE y tiene Medicare Parte A y Parte B, está utilizando TRICARE for Life (***www.tricare4u.com***).

Plan Medicare HMO/Medicare Advantage
Opción de un plan de salud de Medicare que puede tener a su disposición como parte de Medicare. Los planes Medicare Advantage, a veces denominados planes MA o de la Parte C, son ofrecidos por compañías privadas aprobadas por Medicare.

Número de beneficios del Departamento de Defensa (DBN)
Número de 11 dígitos que se utiliza a fin de determinar la elegibilidad para los beneficios. Los primeros nueve dígitos son comunes al patrocinador, pero no es su número de Seguro Social; los últimos dos dígitos identifican a una persona específica, muy similar a lo que sucede con un plan de beneficios comercial.

También puede actualizar la información de su otro plan de salud en línea a través de su cuenta segura en www.triwest.com. Si tiene alguna consulta sobre este cuestionario, llame a TriWest Healthcare Alliance al 1-888-TRIWEST (1-888-874-9378).

Complete el cuestionario y envíelo a:

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

Agosto de 2012

"TRICARE" es una marca comercial registrada de TRICARE Management Activity (Actividad de Administración de TRICARE). Todos los derechos reservados.

FM5461BEW08123SP