

CUESTIONARIO DE TRICARE® SOBRE LA COBERTURA DE OTROS SEGUROS MÉDICOS

Los proveedores: deben entregar este cuestionario a los beneficiarios elegibles

1 - Información general

Nombre del patrocinador de TRICARE: _____

Número de Seguro Social del patrocinador o número de beneficios del Departamento de Defensa del patrocinador: _____

Actualmente, ¿tiene usted o algún familiar cobertura de otro seguro médico (other health insurance, OHI)? Sí No

¿Ha tenido usted o algún familiar cobertura de OHI en los últimos 12 meses? Sí No

Si su respuesta a alguna de las preguntas anteriores es afirmativa, complete el resto del cuestionario (*haga copias del formulario si tiene varias pólizas*). Independientemente de sus respuestas anteriores, lea y firme el cuestionario al final de la página y envíelo a la dirección o al número de fax que aparecen más adelante.

2 - Estado del OHI actual - Completar sólo si usted o algún familiar tienen actualmente OHI.

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de póliza: _____ Número del grupo/plan: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Fecha de vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

Dirección y número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Tipo de cobertura: HMO/PPO Medicare Individual Grupal Complementaria Privada Medicaid/MediCal Plan de salud estudiantil Otra: _____

¿Incluye esta cobertura beneficios de farmacia? Sí No ¿Ofrece esta cobertura algún otro beneficio adicional? Sí No

En caso afirmativo, indique cuáles: _____

Nombre del miembro cubierto:	Identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Fecha de vigencia (si fuese diferente)	Fecha de vencimiento (si fuese diferente)

3 - Estado del OHI anterior - Complete sólo si usted o algún familiar han tenido OHI durante los últimos 12 meses.

Nombre del titular de la póliza: _____ Número de póliza: _____ Número del grupo/plan: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____ Fecha de vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

Dirección y número de teléfono de la compañía de seguros: _____

Indique el tipo de cobertura: HMO/PPO Medicare Individual Grupal Complementaria Privada Medicaid/MediCal Otra: _____

¿Incluye esta cobertura beneficios de farmacia? Sí No ¿Ofrece esta cobertura algún otro beneficio adicional? Sí No

En caso afirmativo, indique cuáles: _____

Nombre del miembro cubierto:	Identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Fecha de vigencia (si fuese diferente)	Fecha de vencimiento (si fuese diferente)

Las declaraciones realizadas anteriormente 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.

Su firma

Relación con el patrocinador de TRICARE

Fecha

Nota: Los cuestionarios incompletos pueden generar demoras en el pago de las reclamaciones.

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

Envíe el cuestionario por correo a:
Humana Military Healthcare Services
P.O. Box 740061, Louisville, KY 40201-7461

Envíe el cuestionario por fax al:
1-866-836-9535

Agosto de 2012
FM5451BES08123SP