



Instrucciones y Aclaraciones para Completar el Formulario TRICARE de Otro Seguro Médico

La información que contiene esta página lo ayudará a completar el formulario de OHI que se encuentra detrás de esta hoja. Recomendamos consultar esta información antes de completar el formulario. Este formulario debe ser completado por el titular de la política de OHI.

De acuerdo con los reglamentos federales, si usted es beneficiario de cualquier plan de OHI, debe informarlo a TRICARE. Tenga presente que TRICARE le brindará beneficios aun cuando tenga OHI. Si usted o sus familiares actualmente reciben beneficios a través de OHI o los recibieron en los últimos cinco años, debe completar el formulario detrás de la hoja y enviarlo a

TriWest Healthcare Alliance • P.O. Box 42048 • Phoenix, AZ 85080

Si decide cancelar la su cobertura de OHI, tiene que cancelar con su seguro médico y luego complete el formulario de OHI y envíelo por correo a TriWest. Tenga presente que Medicaid no es OHI y, por lo tanto, no es necesario informar a TRICARE.

Información General y Definiciones

Patrocinador

El miembro de los servicios uniformados (en servicio activo, retirado o fallecido) cuya relación con usted (cónyuge, progenitor, etc.) le hace elegible para TRICARE.

Beneficiario

Familiar de un miembro en servicio activo, militar retirado o familiar de un retirado, que reúne los requisitos para inscribirse en TRICARE.

Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés)

Plan “prepago” (como TRICARE Prime) que utiliza una red selecta de proveedores capacitados para atención médica. Por lo general, una HMO ofrece servicios completos y hace hincapié en la atención preventiva.

Opción de Proveedor Preferido (PPO, por sus siglas en inglés)

Red de proveedores de atención médica que acuerdan brindarle atención, con descuento o con base en costos fijos, a un plan médico o a beneficiarios para formar parte de la red de proveedores (como en el caso de TRICARE Extra). Por lo general, los beneficiarios pueden elegir cualquiera de los proveedores de la red.

Seguro Básico

Seguro que, en general, tiene un deducible y paga beneficios de acuerdo con un plan de porcentajes. Puede ser cualquier plan que no sea PPO o HMO.

Medicare

Programa nacional de salud a través del cual ciertos gastos médicos y hospitalarios se pagan con fondos federales (principalmente, del seguro social). El programa está abierto a personas de 65 años de edad o más, a ciertas personas con incapacidades permanentes y a personas con enfermedad renal en etapa final (fallo permanente de los riñones que requiere diálisis o trasplante renal). Si es elegible para la Parte A, **debe** adquirir la Parte B para mantener su elegibilidad de TRICARE, a menos que el patrocinador esté en servicio activo.

Medicare Supplement

Política de seguro de salud, también llamada “política de Medigap”, que venden empresas aseguradoras privadas y que lo ayuda a pagar los gastos médicos que no cubre el plan original de Medicare. Las políticas de Medigap pueden ofrecerlas organizaciones como USAA, TROA y AARP. A través de seguros suplementarios, es posible que obtenga beneficios extra, como medicamentos con receta o días adicionales para internación.

Declaración de la Ley de Privacidad

Autoridad: Título 10 del Código de los EE. UU.; artículo 1086(d) del Título 10 del Código de los EE. UU. artículo 1095; y Decreto 9397.

Propósito: La información brindada se utiliza para actualizar su derecho al programa de TRICARE y para verificar o corregir nuestros registros con respecto a su cobertura de Medicare y de otro seguro médico.

Usos habituales: Por parte de la Administración del seguro social, verificar la condición de elegibilidad de un solicitante; del Departamento de Salud y Servicios Humanos, conforme con sus responsabilidades legales, controlar los programas de atención médica del Gobierno; y, de los proveedores de seguros médicos, coordinar la cobertura de beneficios.

Revelación: Voluntaria. Sin embargo, la falta de información solicitada puede ocasionar demoras en el pago de las reclamaciones por beneficios médicos.

Aviso sobre Revelación de Información

El tiempo estimado para completar este formulario es, en promedio, de cinco minutos por pregunta. Eso incluye el tiempo para leer las instrucciones, consultar las fuentes de información existentes, recolectar y verificar la información requerida, y completar y revisar los datos consignados. Envíe los comentarios en relación con el tiempo estimado o cualquier otro aspecto de este formulario, incluso sugerencias para reducir el tiempo estimado, al DoD: Washington Headquarters Services, Directorate for Information Operations and Reports (0720-0025), 1215 Jefferson Davis Highway, Suite 1204, Arlington, VA, 22202-4302. Quienes completan el formulario deben saber que, no obstante otras disposiciones legales, ninguna persona podrá ser sancionada de modo alguno por no brindar información en un formulario que no contenga el número de control de la OMB válido y vigente.

Si tiene preguntas sobre este formulario o necesita un formulario adicional, comuníquese con TriWest al 1-888-TRIWEST (874-9378).

Sección I: Información Personal

Número de Seguro Social del beneficiario:	Fecha de nacimiento del beneficiario:		
Apellido del beneficiario:	Primer y segundo nombre del beneficiario:		
Número de Seguro Social del patrocinador:	Fecha de nacimiento del patrocinador:		
Apellido del patrocinador:	Primer y segundo nombre del patrocinador:		
Dirección del patrocinador:	Ciudad	Estado	Código postal
Número telefónico particular del patrocinador:	Número telefónico laboral del patrocinador:	Dirección de correo electrónico del patrocinador:	

Sección II: Información de OHI

¿Alguno de sus familiares tiene OHI? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Si contesto "Sí" ¿qué tipo de cobertura (Para más detalles consulte el anverso de la hoja)? <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO <input type="checkbox"/> Seguro Básico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Seguro Suplementario de Medicare		
¿El OHI incluye beneficios de farmacia? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿El OHI incluye algún beneficio de salud mental? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Recibe OHI a través del empleador del patrocinador o del empleador de su cónyuge? <input type="checkbox"/> Empleador de patrocinador <input type="checkbox"/> Empleador de cónyuge	
Nombre del titular de la política de OHI:	Relación con el patrocinador:		
Nombres de otras personas cubiertas por esa política:			
1.	2.		
3.	4.		
Si recibe OHI a través de un empleador, complete a continuación:	Nombre de la compañía de seguro:		
Dirección de la compañía de seguro:	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador:			
Dirección del empleador:	Ciudad	Estado	Código postal
Número de política:	Número de grupo:	Fecha de entrada en vigencia:	Fecha de cancelación:

Sección III: Información de Medicare

Complete la siguiente sección si tiene cobertura de Medicare:	Número del seguro de salud Medicare:	Entrada en vigencia del seguro de hospital (Parte A):	Entrada en vigencia del seguro médico (Parte B):
---	--------------------------------------	---	--

Sección IV: Autorización

La información consignada arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo que el artículo 1001 del Título 18 del Código de los Estados Unidos estipula sanciones para quienes presenten o realicen declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas sobre cualquier asunto dentro de la jurisdicción de cualquiera de los departamentos o organismos de los Estados Unidos. También comprendo que puedo obtener copias de la ley mencionada en las oficinas legales de los servicios uniformados, en bibliotecas públicas y a través de un consejero en atención médica y orientación a los beneficiarios.

Su firma:	
Relación con el patrocinador:	Fecha:

Complete este formulario y envíelo a TriWest
TriWest Healthcare Alliance • P.O. Box 42048 • Phoenix, AZ 85080