

## CUESTIONARIO DE TRICARE SOBRE LA COBERTURA DE OTRO SEGURO MÉDICO (OHI)

Proveedores: Entreguen este formulario a los beneficiarios elegibles

<b>1 - Información general</b>	
Nombre del patrocinador de TRICARE: _____	Núm. de SS del patrocinador de TRICARE: _____
Actualmente, ¿tiene usted o algún familiar la cobertura de Otro Seguro Médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido usted o algún familiar la cobertura de Otro Seguro Médico en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Si su respuesta es “sí” a las preguntas 1 ó 2 anteriores, llene el resto de este formulario (saque copias si son varias pólizas). Sin importar sus respuestas anteriores, lea y firme el formulario en la parte inferior y envíelo a la dirección o número de fax indicados.**

<b>2 - Situación actual del OHI -</b> Responda solamente si usted o alguno de sus familiares tienen actualmente otro seguro médico.					
Nombre del titular de la póliza: _____		Número de póliza: _____		Número de grupo/plan: _____	
Nombre de la compañía de seguros: _____		Fecha de vigencia: _____		Fecha de vencimiento: _____	
Dirección y teléfono de la compañía de seguros: _____					
Indique el tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> HMO/PPO <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> De grupo <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Medicaid/MediCal <input type="checkbox"/> Otra: _____					
¿Le incluye esta póliza beneficios de farmacia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Ofrece esta cobertura otros beneficios adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si responde que “sí”, indique cuáles: _____					
Nombre del miembro cubierto:	Identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Fecha de vigencia (si es diferente)	Fecha de vencimiento (si es diferente)

<b>3 - Situación del OHI anterior -</b> Llene lo siguiente solamente si usted o alguno de sus familiares tuvieron algún OHI durante los últimos 12 meses.					
Nombre del titular de la póliza: _____		Número de póliza: _____		Número de grupo/plan: _____	
Nombre de la compañía de seguros: _____		Fecha de vigencia: _____		Fecha de vencimiento: _____	
Dirección y teléfono de la compañía de seguros: _____					
Indique el tipo de cobertura: <input type="checkbox"/> HMO/PPO <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> De grupo <input type="checkbox"/> Complemento <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Medicaid/MediCal <input type="checkbox"/> Otra: _____					
¿Le incluye esta póliza beneficios de farmacia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Ofrece esta cobertura otros beneficios adicionales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si responde que “sí”, indique cuáles: _____					
Nombre del miembro cubierto:	Identificación del miembro:	Fecha de nacimiento:	Sexo:	Fecha de vigencia (si es diferente)	Fecha de vencimiento (si es diferente)

Las declaraciones anteriores son ciertas y veraces a mi mejor saber y entender. Entiendo que las leyes federales [18 U.S.C 1001] permiten sanciones penales por presentar declaraciones o reclamaciones falsas, ficticias o fraudulentas a sabiendas o por realizarlas sobre cualquier asunto dentro de la jurisdicción de algún departamento o agencia de Estados Unidos. Además entiendo que se pueden obtener copias de las leyes citadas en las oficinas legales de los Servicios Uniformados, en las bibliotecas públicas y con muchos Coordinadores de Asistencia y Asesoría para Beneficiarios.

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el patrocinador de TRICARE

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota: Los formularios incompletos podrían ocasionar que se retrase el pago de las reclamaciones.**

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

**Envíe por fax el formulario a:**  
(866) 836-9535