Health Net®
FEDERAL SERVICES

Cuestionario de TRICARE® sobre otros seguros médicos

¿Tienen usted o algún familiar cobertura de otro seguro médico (other health insurance, OHI) o han tenido OHI durante los últimos 12 meses? (*Los planes complementarios de TRICARE no se consideran OHI*) ☐ **SÍ** ☐ **NO**

Si su respuesta es **afirmativa**, complete el siguiente cuestionario para cada póliza de seguro. ESTÁ PERMITIDO HACER COPIAS DE ESTE CUESTIONARIO

Tipo de cobertura: ☐ HMO/PPO ☐ Individual ☐ Grupal ☐ Particular ☐ Medicare ☐ Complementaria ☐ Medicaid ☐ Otra

Nombre del titular de la póliza: _____

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

Nombre de la compañía de seguros: _____

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

_____

Número de póliza/grupo/plan: _____

Fecha de vigencia: _____ Fecha de vencimiento: _____

¿Ofrece esta cobertura beneficios dentales, de farmacia, de salud mental o de equipos médicos duraderos? (*Marque con un círculo todas las opciones que correspondan*)

Enumere las personas que cubre esta póliza

Nombre	Sexo	Relación con el titular de la póliza	Fecha de nacimiento	SSN o DBN
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	
			____/____/____	

(*Si hay más personas cubiertas, adjunte una lista por separado.*)

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 (Beneficiary Counseling and Assistance Coordinators, BCAC).

Firma	SSN o DBN del patrocinador	Relación con el patrocinador	Fecha
			____/____/____

Envíe este cuestionario por correo a nuestro subcontratista encargado de procesar las reclamaciones, a la siguiente dirección.

TRICARE North - OHI Questionnaires
P.O. Box 870159
Surfside Beach, SC 29587-9759

Agosto de 2012

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

FM5441BEN08123SP