OMB Número 2900-0219
Estimado tiempo de molestia: 10 minutos

Departmento de Asuntos de Veteranos — Certificación CHAMPVA de Otro Seguro de Salud (OHI)

Centro de Administración de Salud VA, PO BOX 469063, Denver, CO 80246-9063 1-800-733-8387 www.va.gov/hac FAX: 1-303-331-7808. El no proporcionar la información pedida resultará en una demora o negación del reembolso hasta que la información de OHI sea recibida. Este formulario también se utiliza para actualizar cualquier cambio del estado de su otro seguro médico. Las actualizaciones se pueden enviar por FAX o llamada por teléfono.

POR FAVOR LEA INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN AL DORSO DE ESTA PÁGINA ANTES DE COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO-POR FAVOR USE UN FORMULARIO SEPARADO PARA CADA MIEMBRO DE FAMILIA

APELLIDO	NOMBRE	IM

DIRECCIÓN (NÚMERO, CALLE, CAJA POSTAL, # DE APTO.)	SEXO
	Hombre ☐ Mujer ☐

CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

# TELÉFONO (INCLUYA CÓDIGO AREA)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI ES NUEVA DIRECCIÓN
		☐

SECCIÓN II: BENEFICIARIOS DE MEDICARE: ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE

Parte A: Si ☐ No ☐	Parte B: Si ☐ No ☐	Parte D: Si ☐ NO ☐
FECHA VIGENTE (MMDDAAAA)	FECHA VIGENTE MMDDAAAA)	FECHA VIGENTE (MMDDAAAA)
PARTE A NOMBRE DEL PORTADOR	PARTE B NOMBRE DEL PORTADOR	PARTE D NOMBRE DEL PORTADOR

¿Su Medicare le da beneficios de Farmacia? Si ☐ No ☐

Ha escogido un Plan Medicare Advantage para su cobertura de Medicare? Si ☐ No ☐

¿Tiene Vd. otro seguro de salud aparte de MEDICARE? Si ☐ No ☐ **Si NO, vaya a la sección IV**

SECCIÓN III:

Proporcione todos los períodos de la otra cobertura de seguro médico desde que usted se hizo elegible para CHAMPVA. Requerido: Adjuntar una copia de cualquier tarjeta activa de seguro médico (frente y parte posterior)

Nombre de Seguro # 1

FECHA DE CADUCACIÓN (MMDDAAAA) | FECHA VIGENTE (MMDDAAAA) | **Solamente escriba la fecha de caducación, si la póliza no está activa**

¿Este seguro es por su empleo? Si ☐ No ☐ ¿Este seguro cubre recetas? Si ☐ No ☐

¿Este seguro le provee una explicación de beneficios para recetas? Si ☐ No ☐

¿Que tipo de seguro? ☐ HMO ☐ PPO ☐ Medicaid/Asistencia del Estado ☐ Descuento de Recetas

☐ **Medigap** [Si es Medigap, especifique] ☐ (A-J)] ☐ **Otro** (especialidad, cobertura limitada, o exclusivamente CHAMPVA suplemental)

Comentarios

Nombre de Seguro # 2

FECHA DE CADUCACIÓN (MMDDAAAA) | FECHA VIGENTE (MMDDAAAA) | **Solamente escriba la fecha de caducacion, si la poliza esta caducada**

¿Este seguro es por su empleo? Si ☐ No ☐ ¿Este seguro cubre recetas? Si ☐ No ☐

¿Este seguro le provee una explicación de beneficios para recetas? Si ☐ No ☐

¿Que tipo de seguro? ☐ HMO ☐ PPO ☐ Medicaid/Asistencia del Estado ☐ Descuento de Prescripciones

☐ **Medigap** [Si es Medigap, especifique] ☐ (A-J)] ☐ **Otro** (especialidad, cobertura limitada, o exclusivamente CHAMPVA suplemental)

Comentarios

SECCION IV: CERTIFICACIÓN POR BENEFICIARIO, PATROCINADOR O GUARDIÁN LEGAL

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) proporcionan penas criminales si deliberadamente hace reclamos o declaraciones falsas, ficticias o fraudulentas.

Yo certifico que la información de arriba es correcta y es verdadera según mis creencias y entendimiento. Si hay cambios en el estado del seguro de la persona que aparece arriba, estoy de acuerdo de notificar enseguida al Centro de Administración de Salud VA. Firme y ponga la fecha debajo, y devuelva a la dirección que aparece en la parte de arriba de este formulario.

FIRMA(en mecanografia si la devuelve electrónicamente) _____ FECHA _____

CERTIFICACIÓN CHAMPVA PARA OTRO SEGURO DE SALUD (OHI)

NOTAS, DEFINICIONES, E INSTRUCCIONES

INSTRUCCIONES

Si no completa todas las secciones aplicables al frente de este formulario, puede resultar en demora o rechazo de beneficios. Use este formulario para reportar cualquier cambio en sus otros seguros de salud.

-- Nuevos beneficiarios - necesitamos información OHI a partir de la fecha vigente de su elegibilidad de CHAMPVA.

-- Re-certificación - actualicé su información OHI, cada vez que cambie su cubertura OHI.

-- Para especificar un plan suplemental de seguro Medicare A-J, refiera a la portada de la póliza de seguro o a su tarjeta de membrecía del seguro.

-- Si hay pólizas adicionales use papel en blanco y escriba a máquina o imprima legiblemente su nombre, SSN, y la información para cada artículo. Adjunte a este formulario. Si envía este formulario electrónicamente añada un anexo al envío.

ARTÍCULOS QUE DEBE ADJUNTAR AL COMPLETAR ESTA CERTIFICACIÓN DE OTRO SEGURO (OHI)

-- Una **COPIA** de su tarjeta Medicare. (NO mande la original).

-- Una **COPIA** de su tarjeta de identificación de membrecía de su otro seguro médico (delante y atrás)

-- Si su OHI no publica EOBs, entonces adjunte una copia (tarjeta o documento) del índice de beneficios que muestre sus copagos

DEFINICIONES:

OHI: OHI (por sus siglas en ingles) se refiere a seguros o beneficios que puede tener aparte de CHAMPVA llamado "Otro Seguro de Salud".

EOB: La abreviación que describe una carta o formulario llamado "explicación de sus beneficios" y que debe de acompañar sus reclamos sometidos a CHAMPVA. Un EOB es una declaración o "Consejo de Remesa" de una empresa aseguradora o programa de beneficio que resuma la acción tomada sobre un reclamo

Nota: Si tiene OHI primordialmente con CHAMPVA, tiene que someter EOB's por cada seguro primario con sus reclamos médicos. Si su OHI no proporciona EOB's, por ejemplo algunos HMO's y PPO's, debe de someter una copia vigente de la información de copagos, demostrada en su tarjeta de seguro o cualquier documento que muestra sus copagos con cada reclamo médico y así CHAMPVA podrá calcular sus pagos de beneficios.

Portador: Un portador es la compañía de seguro que cubre todos sus beneficios médicos.

OHI primario a CHAMPVA: Por ley CHAMPVA siempre es un suplemento de seguro o pagador secundario de beneficios médicos excepto Medicaid, Programas de Compensación Para Víctimas de Crímenes Estatales, y pólizas que han sido compradas exclusivamente para suplementar los beneficios CHAMPVA.

Pólizas Supleméntales CHAMPVA: Estas son pólizas que han sido compradas específicamente con el propósito de cubrir gastos después que CHAMPVA ha completado la adjudicación de un reclamo.

Pólizas suplementarias Medicare: Estas son pólizas específicamente con el propósito de cubrir los costos fuera de su bolsillo. Estas pólizas suplementarias de Medicare, tales como "Medigap" o pólizas ofrecidas a través del empleo, son primarias a CHAMPVA y deben proporcionar un EOB junto con el EOB de Medicare (**dos EOBs**) para cada reclamo presentado a CHAMPVA.

Indemnización: Los planes que pagan una tarifa fija o una tarifa diaria para complementar ingresos perdidos mientras hospitalizado se llaman Indemnity Plans.

Fecha de vencimiento: Esta es la fecha en que la póliza terminó o dejó de ser activa. La fecha de vencimiento de un período mostrado en una tarjeta que será reeditada no es la fecha de vencimiento. Al cerrar una póliza generará una fecha de vencimiento verdadera

Información del Acto de Privacidad: La autoridad para la colección de la información pedida en este formulario es 38 USC 501 y 1781. El propósito de recoger esta información es determinar su categoría como pagador al mismo tiempo que exista otro seguro médico. La información que usted proporciona se puede verificar por un programa de verificación de computadora en cualquier momento. Se le pide proporcionar su número de Seguro Social ya que su expediente de VA es archivado y recuperado por este número. No tiene que proveer la información requerida en este formulario pero si no nos da alguna o toda la información requerida, puede atrasar o resultar en rechazo de su petición para beneficios de CHAMPVA. El no proporcionar la información solicitada no tendrá un impacto negativo en otros beneficios de VA a los cuales tiene derecho. Las respuestas sometidas serán consideradas confidenciales y pueden divulgarse fuera de VA solamente si está autorizada bajo la Ley de Privacidad, incluyendo sus usos rutinarios, así identificados bajo el sistema de archivos VA bajo el número 54VA16, titulado "Centros de Administración de Salud Registros de Salud Civil y Programa Médico - VA", según lo dispuesto en la compilación de las emisiones del Acto de Privacidad vía el acceso en línea de GPO en **htpp://www.gpoaccess.gov/privacyact/index.html**. Por ejemplo, información incluyendo su número de Seguro Social se puede divulgar a contratistas, socios comerciales, proveeores de cuidado de salud y otros proveedores de servicios de cuidado de salud para determinar su elegibilidad para los beneficios médicos y para el pago de los servicios.

Acto de Reducción de Papeleo: El acto de la reducción del papeleo: Esta recogida de información está de acuerdo con los requisitos de liquidación de la sección 3507 del acto de la reducción del papeleo de 1995. La carga pública para reportar esta colección de información se estima en un promedio de 10 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar instrucciones, buscar fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la colección de información. Los comentarios con respecto a esta estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta colección, incluyendo sugerencias para reducir la carga, pueden ser dirigidas llamando a la línea de ayuda CHAMPVA, 800-733-8387. Los encuestados deben ser conscientes que a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona será sujeta a cualquier pena al no cumplir con una colección de información si no exhibe un número de control de OMB valido y vigente. Esta colección de datos es para determinar su categoría como pagador al mismo tiempo que exista otro seguro médico.