



CERTIFICACION CHAMPVA DE OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS)

VA Health Administration Center PO BOX 65023 Denver, CO 80206-9023 1-800-733-8387 www.va.gov/hac Fax (303) 331-7808

El no proveer la información solicitada resultará en atraso o negación de reembolsos hasta que la información de OSS se reciba.

Este formulario se puede usar también para reportar cualquier cambio(s) en el status de otros seguros de salud.

POR FAVOR LEA LAS INSTRUCCIONES E INFORMACION AL DORSO DE LA PAGINA ANTES DE COMPLETAR EL FORMULARIO

SECCION I: INFORMACION DEL BENEFICIARIO

USE UN NUEVO FORMULARIO PARA CADA MIEMBRO FAMILIAR

Form fields for Section I: APELLIDO, NOMBRE, SN, DIRECCION, SEXO, CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL, TELEFONO #, # SEGURO SOCIAL, SI NUEVA DIRECCION MARQUE

SECCION II: OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS) DEL BENEFICIARIO

A. ¿TIENE MEDICARE? (SI AFIRMATIVO, ADJUNTE UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICARE.)

Form fields for Section II A: PARTE A (SI/NO), PARTE B (SI/NO), FECHA EFECTIVA (DIA/MES/AÑO)

B. OTROS SEGUROS QUE NO SEAN CHAMPVA O MEDICARE, ¿TIENE O HA TENIDO OSS DESDE QUE ES ELEGIBLE A CHAMPVA? \*

Form fields for Section II B: SI/NO options, instructions for completing Section III and IV

SECCION III: OTROS SEGUROS DE SALUD - OTROS SEGUROS QUE NO SEAN CHAMPVA O MEDICARE

PROVEEDOR DE SEGURO

Form fields for Section III: # DE POLIZA, # TELEFONO DE SERVICIO AL CLIENTE, FECHA EFECTIVA, FECHA DE VENCIMIENTO

Form fields for Section III: ¿FUE EL SEGURO ADQUIRIDO A TRAVES DE SU TRABAJO?, ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A CHAMPVA?, ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A MEDICARE?, ¿CUBRE ESTE SEGURO PRESCRIPCIONES MEDICAS?, SI TIENE MEDIGAP, ESPECIQUE PLAN (A-J)

PROVEEDOR DE SEGURO

Form fields for Section III: # DE POLIZA, # TELEFONO DE SERVICIO AL CLIENTE, FECHA EFECTIVA, FECHA DE VENCIMIENTO

Form fields for Section III: ¿FUE EL SEGURO ADQUIRIDO A TRAVES DE SU TRABAJO?, ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A CHAMPVA?, ¿SUPLEMENTA ESTE SEGURO A MEDICARE?, ¿CUBRE ESTE SEGURO PRESCRIPCIONES MEDICAS?, SI TIENE MEDIGAP, ESPECIQUE PLAN (A-J)

SECCION IV: CERTIFICACION DEL BENEFICIARIO, RESPONSABLE O GUARDIAN LEGAL.

Leyes Federales (18 USC 287 y 1001) estipulan penas criminales cuando a sabiendas se somete o hace falsos, ficticios o fraudulentos declaraciones en los reclamos.

Certifico que la información de arriba es correcta de acuerdo a mis facultades y creencias. Si hay cualquier cambio en el estado del seguro del solicitante, me comprometo a notificar al Centro de Administración de Salud AV. Firmelo, féchelo y retorne a la dirección que aparece en la parte de arriba del formulario.

FIRMA: X \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

# CERTIFICACION CHAMPVA DE OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS)

## NOTAS, DEFINICIONES, E INSTRUCCIONES

### ¿PORQUE SE REQUIERE LA CERTIFICACION DE OSS?

Porque a excepción de MEDICAID, Programas Estatales de Compensación a Víctimas, y pólizas adquiridas exclusivamente con el propósito de suplementar los beneficios ofrecidos por CHAMPVA (mire el suplemento de definición de la póliza), por ley CHAMPVA siempre es el pagador secundario de los beneficios de cuidados de salud. Como parte de nuestros esfuerzos para coordinar los beneficios entre todos los planes de seguros/beneficios envueltos en el proceso, **se requiere que todos los beneficiarios completen y retornen esta certificación de OSS.**

### DOCUMENTOS A PRESENTAR CON SU COMPLETA CERTIFICACION DE OTROS SEGUROS DE SALUD (OSS)

- Una **COPIA** de su tarjeta de programa Medicare (NO envíe la original).
- Una **COPIA** de la tarjeta como miembro y el número de indentificación (NI) de su otro seguro de salud (OSS), esto nos ayudará a identificar la clase de beneficiarios de que goza.
- Si por cualquier razón, su OSS no tiene EDBs, entonces adjunte una copia del listado de beneficios el cual enumera su información de copartícipe de pagos.
- Si su póliza es un plan de Indemnización, envíenos una copia de su póliza.

### DEFINICIONES

**EDB:** Es la abreviación "explicación de beneficios" dada en un formulario o carta. EDB es una declaración de un vendedor de seguros o programa de beneficios que analiza abreviadamente la acción tomada en el reclamo o demanda.

**INDEMNIZACION:** Se refiere a aquellos planes que pagan de un solo o por cuotas diarias el recargo incurrido mientras se está hospitalizado.

**POLIZAS DE SUPLEMENTO:** Como la Asociación Americana de Personas Retiradas (AAPR), estas son pólizas diseñadas a pagar después de tener un solo seguro de salud o seguro principal. Existen pólizas de suplemento disponibles para Medicare y CHAMPVA. El seguro principal es el que paga primero.

**FECHA DE VENCIMIENTO:** Si usted ya no tiene la póliza, esta es la fecha donde la póliza terminó o dejó de estar activa. Algunas pólizas se renuevan cada año y se tramitan nuevas tarjetas de identificación a los miembros con las nuevas fechas. Estas fechas cubrirán los períodos de las pólizas y la fecha final no necesariamente es la fecha de vencimiento de la póliza. Cancelar o terminar la póliza resultará en la fecha de vencimiento verdadera.

### INSTRUCCIONES

**EL NO COMPLETAR SECCIONES II Y III AL FRENTE, PUEDE RESULTAR EN EL ATRAZO O NEGACION DE PAGOS POR LOS SERVICIOS CUBIERTOS. ESTE FORMULARIO ES USADO TAMBIEN PARA REPORTAR CUALQUIER CAMBIO EN SUS OTROS SEGUROS DE SALUD.**

LA MAYORIA DE LAS VECES SE EXPLICAN POR SI MISMAS. ALGUNAS COSAS QUE NECESITAN CLARIFICACION SE IDENTIFICAN A CONTINUACION.

#### SECCION II.B.

- NUEVOS BENEFICIARIOS – NECESITAMOS INFORMACION DE OSS A PARTIR DE LAS SIGUIENTES FECHAS:
  1. LA FECHA DE ESTIMACION DE LA INCAPACIDAD PERMANENTE O TOTAL (P&T) CUANDO EL VETERANO ESTABA EN EL SERVICIO MILITAR ACTIVO,
  2. LA FECHA DE MUERTE LA CUAL CALIFICA AL VETERANO COMO RECIPIENTE A LA ELEGIBILIDAD CHAMPVA, O
  3. LA FECHA DE DEPENDENCIA (FECHA DE MATRIMONIO, CERTIFICADO DE FECHA DE NACIMIENTO, LA FECHA CUANDO UN MATRIMONIO POSTERIOR DEL ESPOSO(A) TERMINO, O FECHA DE ADOPCION).
- RE-CERTIFICACION – ACTUALIZAR LA INFORMACION DE OSS LA CUAL INCLUYA CUALQUIER CAMBIO DESDE LA ULTIMA CERTIFICACION.

#### SECCION III.

- ESPECIFICAR UN PLAN SUPLEMENTARIO A – J DE MEDICARE, REFIERASE A LA PAGINA DE BENEFICIOS DE SU POLIZA O SU TARJETA COMO MIEMBRO DE LA POLIZA DE SEGURO.
- SI EXISTEN POLIZAS ADICIONALES EN LA SECCION III, USE PAPEL BLANCO Y ESCRIBA A MAQUINA O EN FORMA ELEGIBLE SU NOMBRE, NSS, Y LA INFORMACION PARA CADA PREGUNTA. ADJUNTE ESTA INFORMACION A LA FORMA.

**Acta Privada:** Toda la información recolectada está sujeta a las provisiones del Acta Privada bajo los incisos 5 USC 552a. La información recolectada entrará en el Sistema No. 54VA17, titulado "Programa de Registros de Salud y Medicina Civil - AV del Centro de Administración de Salud", publicado en el Registro Federal, Vol. 65, Número 248, páginas 81572 - 81575, del 26 de diciembre, 2000, o cuando este sea actualizado o publicado de nuevo. La información de este sistema de registros puede ser facilitada por la administración de CHAMPVA, 38 USC 1713 directamente a proveedores de cuidados de salud o suministradores de servicios. Información adicional puede ser vista en la nota del Registro Federal citado arriba. La Ley Pública 100-503, Acta de Equiparamiento Computacional y Protección Privada de 1988, permite al gobierno verificar a través de computadoras si la información es comparativamente igual o equivalente. De conformidad con el inciso 5 USC 552a, el Acta Privada de 1974, como ha sido amendada, y la Oficina de Manejo y Guías Presupuestarias sobre la Dirección de Programas de Equiparamiento, es dada por la presente notificación en donde el intento de AV es conducir equiparamiento computacional con Centros de Servicios de MEDICARE and Medicaid (CSM). Los datos de los propuestos equiparamientos serán utilizados para verificar el derecho de MEDICARE a los aplicantes o recipients a los beneficios CHAMPVA, cuya elegibilidad a CHAMPVA está basado sobre el derecho de MEDICARE.

**Autoridad:** Esta información es abordada bajo el inciso 38 USC 501 y 1713. **Divulgación:** Dar a conocer la información es voluntario, sin embargo el incumplimiento de proveer la información puede resultar en el retraso y/o negación de la elegibilidad a los beneficios CHAMPVA. El incumplimiento de enviar esta información no tendrá impactos adversos en otros beneficios de AV por los cuales el paciente se haya hecho acreedor.

**El Acta de Reducción de Papelería de 1995** requiere de nosotros notificarle que esta información esta de acuerdo con los requisitos de aduana de la Sección 3507 de esta Acta. El recargo del reporte público empleado para la recolección de esta información es estimado en 10 minutos promedio por respuesta, incluyendo el tiempo empleado en revisar las instrucciones, investigar fuentes de datos existentes, adquirir y mantener el material necesario, y completar y revisar la recolección de la información. Ninguna persona será penalizada por incumplimiento de enviar esta información si esta no muestra un número de control OMB que sea válido y reciente. La recolección de esta información es para determinar que seguros adicionales el beneficiario posee o ha adquirido.