Washington State Department of Social & Health Services

MAA Medical Assistance Administration

MEDICALCOVERAGE INFORMATION / INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA

OFICINA DE SERVICIOS A LA COMUNIDAD (CSO/HCS)	NÚMERO DE TELÉFONO DE CSO/HCS	**COOPERACIÓN**
NOMBRE DEL CLIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO DEL CLIENTE	☐ 1. Referencia de DCS: SÍ NO a. ¿Es obligatoria? ☐ ☐ b. ¿Se la hizo? ☐ ☐
CLID	FECHA	☐ 2. DCS/TPL/Justificativo establecido ☐ ☐

INSTRUCCIONES: INFORMACIÓN IMPORTANTE: El propósito de este formulario es el de averiguar si usted tiene Seguro Privado y/o Medicare. Usted puede tener seguro privado y/o Medicare y aún así estar cubierto(a) por Medicaid. Si está cubierto(a) por Medicaid y está pagando por un seguro de salud privado, es posible que podamos ayudarle con su prima. Cuando haya llenado este formulario, por favor devuélvalo a su Oficina de Servicios a la Comunidad (CSO/HCS). Puede utilizar una hoja adicional si necesita más espacio. Para obtener mayor información sobre el programa de pago de primas o para ayudarle a llenar este formulario, llame al número de teléfono 1-800-562-6136.

A. ¿Tiene usted Medicare?

☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, NOMBRE DE LA PERSONA CON MEDICARE	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE
NOMBRE DE LA PERSONA CON MEDICARE	NÚMERO DE RECLAMO DE MEDICARE

B. ¿Tiene usted cobertura de seguro de salud o dental? ☐ Sí ☐ No

¿Ha tenido usted cobertura de seguro de salud o dental en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

Esto incluye cualquier seguro por el que usted u otra persona paga, tal como seguro privado, seguro escolar, suplementos de Medicare, seguro en grupo de su empleador, etc. Si es así, llene lo siguiente:

PÓLIZA DE SALUD O DENTAL NÚMERO 1			**PÓLIZA DE SALUD O DENTAL NÚMERO 2**		
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		
NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS			NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		
NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR	NO DE SEGURO SOCIAL DEL SUBSCRIPTOR		NOMBRE DEL SUBSCRIPTOR	NO DE SEGURO SOCIAL DEL SUBSCRIPTOR	
NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO		NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO	
NOMBRE DEL EMPLEADOR/NÚMERO DE GRUPO			NOMBRE DEL EMPLEADOR/NÚMERO DE GRUPO		
NOMBRE DEL SINDICATO Y NÚMERO LOCAL			NOMBRE DEL SINDICATO Y NÚMERO LOCAL		
FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA	FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA

Detalle quiénes están cubiertos por esta póliza:

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

Marque los servicios que cubre su póliza:

- ☐ Atención hospitalaria para paciente interno
- ☐ Atención en clínica de convalecencia
- ☐ Atención hospitalaria para paciente no externo
- ☐ Atención dental
- ☐ Medicamentos/suministros de receta
- ☐ Servicios del médico
- ☐ Lentes para la vista/atención de la vista
- ☐ Otros (ambulancia, terapia, quiropráctica, etc.)

Detalle quiénes están cubiertos por esta póliza:

NOMBRE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO

Marque los servicios que cubre su póliza:

- ☐ Atención hospitalaria para paciente interno
- ☐ Atención en clínica de convalecencia
- ☐ Atención hospitalaria para paciente no externo
- ☐ Atención dental
- ☐ Medicamentos/suministros de receta
- ☐ Servicios del médico
- ☐ Lentes para la vista/atención de la vista
- ☐ Otros (ambulancia, terapia, quiropráctica, etc.)

C. ¿Tiene usted cobertura de atención a largo plazo? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, llene lo siguiente:

¿Cobertura de clínica de convalecencia? ☐ Sí ☐ No ¿Cobertura de vida asistida? ☐ Sí ☐ No ¿Cobertura de atención a domicilio? ☐ Sí ☐ No

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS		DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		
NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE PÓLIZA	FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA	**FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA PÓLIZA**

INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA Página 2	CSO/HCS	CLID

D. ¿Existe algún niño, o niño no nacido aún, en su hogar por el cual es responsable el padre que no tiene custodia?
☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, llene la siguiente información acerca de cada padre que no tiene custodia.

NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NIÑO(S)	ORDEN DE LA CORTE PARA COBERTURA MÉDICA
				☐ Sí ☐ No
				☐ Sí ☐ No

E. ¿Tiene usted beneficios para militares?
TRICARE ☐ Sí ☐ No CHAMPVA ☐ Sí ☐ No Beneficios para veteranos ☐ Sí ☐ No

SI LA RESPUESTA ES SÍ, NOMBRE DEL PATROCINADOR	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PATROCINADOR	NÚMERO DE RECLAMO PARA VETERANOS

F. ¿Ha tenido usted, o la persona por la que está solicitando, un accidente que requirió atención médica? ☐ Sí ☐ No
Si la respuesta es sí, responda lo siguiente:

1. FECHA DEL ACCIDENTE	2. MARQUE DÓNDE OCURRIÓ EL ACCIDENTE
	☐ En una tienda/negocio ☐ En el hogar/propiedad de otra(s) persona(s) ☐ Otro: ☐ En el lugar de trabajo ☐ En automóvil ☐ En la escuela ☐ En la casa

a. Dirección del accidente (calle, ciudad y estado): _____

b. Marque si el paciente fue el ☐ conductor; ☐ pasajero; ☐ peatón; ☐ invitado; ☐ cliente; ☐ empleado; ☐ residente.

c. ¿Estuvieron involucrados otros automóviles? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, detalle el nombre y la dirección de los otros conductores:

3. Nombre(s) de la(s) persona(s) lesionada(s) en el accidente		4. ¿Cómo ocurrió el accidente?
NOMBRE	TIPO DE LESIÓN	

5. ¿Está involucrada una compañía de seguros? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre del asegurado: _____
Nombre y dirección de la compañía:

NÚMERO DE RECLAMO	NÚMERO DE PÓLIZA	NOMBRE DEL LIQUIDADOR DE RECLAMOS	NÚMERO DE TELÉFONO

6. ¿Presentó usted algún otro reclamo por el accidente? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione el(los) número(s) de reclamo:

NÚMERO DE RECLAMO DE TRABAJO E INDUSTRIAS	NÚMERO DE RECLAMO DEL AUTOASEGURADO	NÚMERO DE RECLAMO DE LAS VÍCTIMAS DEL CRIMEN	OTRO

7. ¿Está involucrado un abogado? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, proporcione el nombre, dirección y número de teléfono:

¿Está pendiente el reclamo? ☐ Sí ☐ No ¿Está liquidado el reclamo? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, fecha de la liquidación::

8. ¿Qué beneficios financieros/médicos recibió usted o espera recibir debido a su lesión? Explique:

Por el presente, autorizo al Departamento de Servicios Sociales y de Salud la divulgación de cualquier información necesaria con respecto a los pagos de las primas o la cobertura de cualquier póliza de seguro para la cual soy beneficiario(a) o la persona que obtiene la cobertura, con objeto de coordinación de beneficios de salud/médicos. (WAC 388-505-0540)

FIRMA	FECHA

Cómo utilizar su seguro médico privado y la tarjeta (cupón) de identificación médica para recibir atención a la salud.

P: **Si tengo seguro privado, ¿me ayudará aún así Medicaid?**

R: Sí, el tener Medicaid junto con su seguro privado ayuda realmente. Mientras usted califique para Medicaid, podemos pagar los copagos, deducibles y servicios que su seguro no cubre.

P: **Si tengo ambos, seguro privado y Medicaid, ¿qué debo decirles a mis médicos o a los otros proveedores médicos?**

R: Es importante que acuda a proveedores que acepten ambos, su seguro privado y Medicaid (Tarjeta/cupón de identificación médica). Cuando usted vaya donde su médico o donde otro(s) proveedor(es) médico(s), muestre **ambos**, la tarjeta del seguro de salud privado y su tarjeta de identificación médica. Pregunte si aceptarán su seguro privado y si tomarán su tarjeta de identificación médica para los copagos, deducibles y los servicios que no cubre su seguro. Si su proveedor no acepta su seguro ni Medicaid, usted será responsable por cualquier atención a la salud que reciba.

P: **¿Qué debo hacer si mis médicos u otros proveedores dicen que no aceptarán mi seguro privado ni mi tarjeta de identificación médica?**

R: Usted debería buscar proveedores que aceptarán ambos, Medicaid y su seguro privado. Podría tener que llamar a su compañía de seguro para que le ayuden a localizar proveedores en su área.

P: **¿Qué sucede si mi seguro privado no cubre un servicio?**

R: Su medico facturará primero a su seguro privado. Si su servicio no está cubierto por su seguro pero está cubierto por Medicaid, ellos facturarán a Medicaid para el pago. Para asegurarse de que no existan problemas, asegúrese siempre de que su proveedor aceptará nuestra tarjeta de identificación médica y facturará a Medicaid.

P: **¿Qué debo hacer para que ustedes paguen mi prima del seguro de salud?**

R: Llámenos. Necesitaremos información acerca de su seguro de salud, el monto de su prima, cuándo se la debe pagar y si usted o su empleador pagan la prima. Una vez que tengamos esta información, le haremos saber si podemos pagar su prima.

P: **¿Qué debo hacer para que Medicaid pague mis copagos y deducibles?**

R: Llámenos para asegurarse de que tenemos la información de su seguro de salud privado en el expediente. Su código de seguro de cuatro dígitos está impreso en su tarjeta de identificación médica bajo la columna del seguro. Esta información le hace saber al proveedor a qué compañía de seguro facturar y que usted no es responsable por los copagos o deducibles cuando recibe los servicios cubiertos por Medicaid. Si existe alguna pregunta con respecto a esto, usted o su proveedor pueden llamarnos.

P: **¿Me pedirán que pague la diferencia entre lo que paga Medicaid y lo que mi proveedor factura?**

R: No. Cuando los médicos y otros proveedores trabajan con Medicaid, están de acuerdo en recibir lo que paga Medicaid y no le cobran ninguna diferencia. Si alguna vez le cobran, llámenos inmediatamente. No se le puede cobrar por un servicio cubierto por Medicaid.

P: **¿Qué sucede si mi seguro privado termina o cambia?**

R: Es importante que llame y nos haga saber cualquier cambio a su cobertura del seguro. Actualizaremos su expediente y usted continuará recibiendo atención médica a través de Medicaid mientras califique.

P: **Si tengo seguro de atención a largo plazo (LTC), ¿me ayudará aún así Medicaid?**

R: Sí. Medicaid puede ayudarle a pagar sus costos de LTC cuando usted está en su propio hogar, un establecimiento de vida asistida, un hogar familiar para adultos o un establecimiento de enfermería si su seguro LTC no pagará todos los costos. Si el seguro le paga directamente, usted debe enviar los cheques del seguro al Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS).

P: **¿Por qué debo mantener mi seguro LTC si califico para Medicaid?**

R: No existe garantía de que usted califique siempre para Medicaid. Puede recibir fuentes adicionales de ingresos o recursos que pueden ocasionar que su elegibilidad termine o el poder legislativo puede reducir la subvención para algunos programas. Si usted cancela su seguro LTC es posible que no pueda obtenerlo nuevamente. Los beneficios del seguro LTC reducirán también cualquier obligación hacia su patrimonio cuando fallezca.

P: **¿Qué hago si tengo otras preguntas?**

R: Si tiene cualquier pregunta acerca de su seguro de salud privado, llame a su plan directamente. Para obtener ayuda adicional para utilizar su tarjeta de identificación médica con su seguro privado, llámenos al número de teléfono que se detalla a continuación.

LÍNEA SIN CARGOS 1-800-562-6136 Coordinación de Beneficios
De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.