

## Cómo utilizar servicios de Apple Health (Medicaid) y su seguro de salud privado para recibir servicios de salud

P: **Si tengo seguro privado, ¿Apple Health aún me ayudará?**

R: Sí. Contar con Apple Health de manera adicional a su seguro privado realmente ayuda. Mientras usted califique para Apple Health podemos pagar los copagos, deducibles y servicios que su seguro no cubra.

P: **Si tengo tanto seguro privado como Apple Health, ¿qué le digo a mis médicos y a otros proveedores médicos?**

R: Es importante que acuda con proveedores que acepten tanto su seguro privado como la Tarjeta de Servicios de Apple Health (también conocida como tarjeta de servicios de ProviderOne) y/o su tarjeta del plan Apple Health.

Cuando vaya a su médico u otro(s) proveedor(es) médico(s), muestre **todas sus tarjetas, incluyendo** la de seguro médico privado, su tarjeta de servicios de Apple Health. y su tarjeta del plan de salud, si está inscrito en un plan de salud administrado.

P: **¿Qué debo hacer si mis médicos u otros proveedores dicen que no aceptan mi seguro privado o Tarjeta de Servicios?**

R: Debe buscar proveedores que acepten tanto Apple Health como su seguro privado. Podría tener que llamar a su compañía de seguros y pedir ayuda para ubicar proveedores en su área.

- Si su proveedor no acepta Apple Health (incluyendo los planes de salud administrados contratados por Apple Health), le convendrá encontrar a un proveedor que lo haga o usted podría ser responsable de todos los copagos o deducibles.
- Si su proveedor acepta Apple Health, pero no forma parte del plan de salud administrado en el que usted está inscrito:
  - El proveedor puede optar por facturarle al plan de salud administrado,
  - Usted podría tener que buscar otro proveedor, o
  - Usted puede pedir el cambio de su plan de salud administrado a un plan que su proveedor acepte.

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

R: Su médico le facturará a su seguro privado primero. Si el servicio no está cubierto por su seguro pero está cubierto por Apple Health, facturarán el pago a Apple Health o al plan de salud administrado. Para asegurarse de que no haya problemas, siempre lleve su tarjeta de servicios de Apple Health y su tarjeta del plan de salud.

P: **¿Qué debo hacer para pagar la prima de mi seguro médico?**

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

P: **¿Se me pedirá que pague la diferencia entre lo que paga Apple Health y lo que factura mi proveedor?**

R: No. Cuando los médicos y otros proveedores trabajan con Apple Health, aceptan cobrar lo que Apple Health paga y no facturarle ninguna diferencia a usted. Si usted recibe una factura, llámenos inmediatamente. Usted no puede recibir facturas por servicios cubiertos por Apple Health.

P: **¿Qué pasa si mi seguro privado se vence o cambia?**

R: Es importante que llame a su plan de salud administrado y le notifique sobre cualquier cambio a su cobertura de seguro privado. Ellos actualizarán su expediente y usted seguirá recibiendo cuidado médico a través de Apple Health mientras califique.

P: **Si tengo seguro de cuidado a largo plazo (por sus siglas en inglés, "LTC"), ¿Apple Health me ayudará?**

R: Sí. Apple Health puede ayudar a pagar sus costos de LTC cuando vive en su propio hogar, en una instalación de vida asistida, un hogar familiar para adultos o una casa de retiro si su seguro LTC no cubre todos los costos. Si el seguro le paga directamente, usted deberá enviar los cheques de la aseguradora a la instalación que le proporciona el cuidado.

P: **¿Por qué debo conservar mi seguro LTC si califico para Apple Health?**

R: No hay garantía de que usted siempre calificará para Apple Health. Usted podría recibir fuentes adicionales de ingresos o activos que hagan que termine su elegibilidad, o la legislatura podría reducir el financiamiento de algunos programas. Es posible que, si usted cancela su seguro LTC, no lo pueda recuperar. Los beneficios del seguro LTC además reducirán las obligaciones contra su herencia cuando usted fallezca.

P: **¿Por qué necesitan un número de Seguro Social?**

R: Estas leyes federales estipulan que cualquier persona que solicite beneficios de Medicaid debe proporcionar un número de Seguro Social (42 USC 132b-7(a), 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, y 42 CFR 457.340(b)). Estas regulaciones nos ayudan a asegurarnos de proporcionarle el monto correcto de beneficios y a recuperar el dinero si pagamos en exceso.

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

R: Si usted tiene preguntas acerca de su seguro de salud privado, llame a su plan directamente. Para más ayuda con el uso de su Tarjeta de Servicios junto con su seguro privado, llámenos al número siguiente.

**Coordinación de beneficios LÍNEA GRATUITA 1-800-562-3022**  
**Lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 5:00 p.m.**

| Información sobre cobertura médica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                     |                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------------|
| <b>INFORMACIÓN IMPORTANTE:</b> El objetivo de este formulario es averiguar si usted cuenta con seguro de salud privado. Usted puede tener seguro privado y aún estar cubierto por Apple Health (Medicaid). Cuando llene este formulario, por favor envíelo en el sobre anexo a Health Care Authority, PO Box 45565, Olympia, WA 98504-5565. Si tiene preguntas sobre este formulario, llame al 1-800-562-3022. |                                                    |                                                                                       |                     |                              |
| Nombre del cliente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fecha                                              | Número de teléfono                                                                    | Fecha de nacimiento | No. de ID de cliente de ACES |
| A. ¿Cuenta con cobertura de seguro médico (incluyendo beneficios militares)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    |                                                                                       |                     |                              |
| B. ¿Cuenta con cobertura de seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                    |                                                                                       |                     |                              |
| C. ¿Ha contado con seguro médico o dental en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                    |                                                                                       |                     |                              |
| D. ¿Cuenta con seguro de cuidado a largo plazo (LTC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No? <i>En caso afirmativo, indique qué cobertura tiene:</i><br><input type="checkbox"/> Casa de retiro <input type="checkbox"/> Vida asistida <input type="checkbox"/> Hogar familiar para adultos <input type="checkbox"/> Cuidado en casa <input type="checkbox"/> Otro: _____                    |                                                    |                                                                                       |                     |                              |
| <b>Si seleccionó Sí en cualquiera de las preguntas anteriores, por favor llene los siguientes datos sobre cada póliza de seguro (Use páginas adicionales si es necesario):</b>                                                                                                                                                                                                                                 |                                                    |                                                                                       |                     |                              |
| 1. Tipo de póliza:<br><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    | Liste quiénes están cubiertos por esta póliza (use hojas adicionales si es necesario) |                     |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                       | <b>Nombre</b>       | <b>Fecha de nacimiento</b>   |
| Nombre del seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | Número de teléfono                                                                    | 1.                  |                              |
| Dirección (como aparece en su tarjeta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       | 2.                  |                              |
| Número de póliza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha de inicio de la póliza                       | Fecha de finalización de la póliza                                                    | 3.                  |                              |
| Nombre del suscriptor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha de nacimiento del suscriptor                 |                                                                                       | 4.                  |                              |
| Empleador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nombre del sindicato y número de local, si aplican |                                                                                       | 5.                  |                              |
| 2. Tipo de póliza:<br><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    | Liste quiénes están cubiertos por esta póliza (use hojas adicionales si es necesario) |                     |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                       | <b>Nombre</b>       | <b>Fecha de nacimiento</b>   |
| Nombre del seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | Número de teléfono                                                                    | 1.                  |                              |
| Dirección (como aparece en su tarjeta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       | 2.                  |                              |
| Número de póliza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha de inicio de la póliza                       | Fecha de finalización de la póliza                                                    | 3.                  |                              |
| Nombre del suscriptor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha de nacimiento del suscriptor                 | Número de Seguro Social del suscriptor                                                | 4.                  |                              |
| Empleador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nombre del sindicato y número de local, si aplican |                                                                                       | 5.                  |                              |
| 3. Tipo de póliza:<br><input type="checkbox"/> Médica <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Cuidado a largo plazo                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                    | Liste quiénes están cubiertos por esta póliza (use hojas adicionales si es necesario) |                     |                              |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                    |                                                                                       | <b>Nombre</b>       | <b>Fecha de nacimiento</b>   |
| Nombre del seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                    | Número de teléfono                                                                    | 1.                  |                              |
| Dirección (como aparece en su tarjeta)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                    |                                                                                       | 2.                  |                              |
| Número de póliza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Fecha de inicio de la póliza                       | Fecha de finalización de la póliza                                                    | 3.                  |                              |
| Nombre del suscriptor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Fecha de nacimiento del suscriptor                 | Número de Seguro Social del suscriptor                                                | 4.                  |                              |
| Empleador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nombre del sindicato y número de local, si aplican |                                                                                       | 5.                  |                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>Programa de pago de primas</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                             |
| Si usted recibe cobertura de Apple Health, tiene seguro de salud privado y desea ayuda con sus primas de seguro de salud, llame al 1-800-562-3022 x15473 o llene el formulario, "Solicitud para el programa de pago de primas de HCA" (HCA 13-705) para averiguar si califica. Puede encontrar el formulario en línea en <a href="http://www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf">www.hca.wa.gov/assets/free-or-low-cost/13-705.pdf</a> |                                |                                             |
| <b>Información sobre accidentes o lesiones</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                             |
| ¿Usted o la persona por la que está llenando la solicitud han tenido un accidente que requiera de cuidado médico en los últimos 3 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                   |                                | Fecha del accidente                         |
| El accidente se debió a:<br><input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Laboral (L&I) <input type="checkbox"/> Negligencia profesional <input type="checkbox"/> Lesión personal en un negocio o en casa de alguien más<br><input type="checkbox"/> Un producto defectuoso <input type="checkbox"/> Actividad criminal <input type="checkbox"/> Otro: _____                                                                        |                                |                                             |
| <b>Si marcó <u>automóvil</u>, llene el resto de esta sección</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                |                                             |
| Ubicación del accidente (Calle/Cruce, Ciudad, Condado y Estado)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                             |
| ¿Se involucró una compañía de seguros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                |                                             |
| Nombre del asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |                                             |
| Nombre del seguro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                | Dirección del seguro                        |
| Número de reclamación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                | Número de póliza                            |
| Nombre del ajustador de seguros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                | Número de teléfono del ajustador de seguros |
| <b>Nombre(s) de la(s) persona(s) lesionada(s) en el accidente<br/>(Use hojas adicionales si es necesario)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                | <b>Lesiones</b>                             |
| 1.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                                             |
| 2.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                                             |
| 3.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                                             |
| 4.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                                             |
| 5.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                |                                             |
| ¿Se involucró un abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                                             |
| Nombre del abogado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Número de teléfono del abogado | Dirección del abogado                       |
| Por este medio autorizo la entrega de toda la información necesaria referente a la cobertura de cualquier póliza de seguro de la que son el beneficiario o de la que recibo cobertura, a la Health Care Authority para realizar la coordinación de beneficios médicos y de salud. (WAC 182-503-0540)                                                                                                                                              |                                |                                             |
| Firma                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                | Fecha                                       |