

MEDICARE SECONDARY PAYER - Spanish

Nombre del paciente: _____ Número expediente medico _____ Fecha: _____
Medicare HIC #: _____ Edad del paciente: _____ Teléfono #: _____
Plan de seguros primario: _____ Plan de seguros secundario: _____

Legalmente debemos revisar y actualizar periódicamente su información de Medicare. Por favor conteste las siguientes preguntas y firme abajo. Le agradecemos su cooperación.

Por favor firme y feche:

1. _____ Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre y apellido: _____ Relación con el paciente: _____

Parte I (marque las que correspondan)

Su elegibilidad para Medicare esta basada en:

- _____ Edad **Continúe con Parte II mas abajo.** _____ Edad y ESRD **Continúe con Parte VI pagina 2.**
_____ Disability **Continúe con Parte V pagina 2.** _____ Disability y ESRD **Continúe con Parte VI pagina 2.**
_____ Enfermedad terminal de los riñones (ESRD) **Continúe con Parte VI pagina 2.**
_____ Pulmón negro **Continúe con Parte III abajo.**

Tiene usted cobertura por:

- _____ Un subsidio gubernamental de investigación **Continúe con Parte III abajo.**
_____ Dept. of Veterans Affairs **Continúe con Parte III abajo.**

Tiene usted una enfermedad/herida basada en un accidente relacionado con el trabajo o no relacionado con el trabajo?

- _____ Si. **Continúe con Parte IV pagina 2.** _____ No

Parte II - Edad

1. Actualmente esta usted trabajando?

- _____ Si. Nombre y dirección del empleador: _____
_____ No. Si corresponde, fecha de jubilación: _____
_____ No. Nunca trabajó.

2. Tiene usted un cónyuge que este trabajando actualmente?

- _____ Si. Nombre y dirección del empleador: _____
_____ No. Si corresponde, fecha de jubilación: _____
_____ No. Nunca trabajó.

3. Tiene usted cobertura medica en grupo (GHP) a través de su empleador o el de su cónyuge?

- _____ Si, los dos. _____ Si, únicamente yo _____ Si, únicamente mi cónyuge.
_____ No. Medicare es el primario a menos que su respuesta a la pregunta 5 sea "Si."

4. El empleador que auspicia esta GHP tiene 20 empleados o mas?

- _____ Si. GHP es cobertura primaria.
• Nombre y dirección de GHP #1 : _____
Nombre del titular/asegurado: _____ ID de la póliza: _____
ID del grupo _____ Miembro #: _____
Relación con el paciente: _____
• Nombre y dirección de GHP #2: _____
Nombre del titular/asegurado _____ ID de la póliza _____
ID del grupo _____ Miembro #: _____
Relación con el paciente: _____

_____ No. Medicare es el primario a menos que su respuesta a la pregunta 5 sea "Si."

5. Tiene usted Pulmón Negro, Veterans Administration, u otros beneficios gubernamentales o su enfermedad/condición es el resultado de un accidente de trabajo o un accidente fuera del trabajo?

- _____ Si. **Si contesto que "No" a las preguntas 1 y 2 continúe con Parte III.**
_____ No. **Si contesto que "No" a todas las preguntas en esta sección, Medicare es el primario.**

Parte III - Pulmón Negro, Programa de investigación del gobierno, beneficios del Department of Veterans Affairs

1. Recibe usted beneficios por Pulmón Negro? _____ Si; fecha de beneficio: _____ BL es primario para reclamos BL . _____ No.
2. Los servicios serán pagados por un programa gubernamental de investigación como un subsidio de investigación?
_____ Si; **un programa gubernamental de investigación pagara el primario por estos servicios.** _____ No.
3. Sus servicios están autorizados por el Dept. of Veterans Affairs? _____ Si; **DVA es el primario por estos servicios.** _____ No.

MEDICARE SECONDARY PAYER - Spanish

Parte IV - Accidente/condición relacionada o no con el trabajo

1. La enfermedad o herida se debió a un accidente o condición de trabajo? Si No
Fecha de la herida/enfermedad: _____ Póliza/Número de identificación: _____
Nombre y dirección del plan de Workers Comp: _____ Nombre y dirección del empleador: _____

El plan de Workers Comp es el primario para los reclamos de heridas/enfermedades de trabajo.

2. Fue la enfermedad/herida causada por un accidente no relacionado con el trabajo? Si; Fecha del accidente: _____ No.
2.a. Que tipo de accidente causó la enfermedad/herida? Automóvil no-automóvil Otra
2.b. Hubo algún otro responsable por este accidente? Si No.
Nombre del titular de la póliza o responsable: _____
Nombre y dirección del asegurador sin falta o responsabilidad civil: _____

Número del reclamo de seguros: _____

Asegurador sin falta es el primario para los reclamos de accidentes únicamente.

El asegurador de responsabilidad civil es el primario por el acuerdo, juzgamiento o reclamos acordados.

Parte V - Disability

1. Esta usted empleado actualmente?
 Si. Nombre y dirección del empleador: _____
 No. Si corresponde, fecha de jubilación: _____ No. Nunca trabajó.
2. Tiene usted un cónyuge que este trabajando actualmente?
 Si. Nombre y dirección del empleador: _____
 No. Si corresponde, fecha de jubilación: _____ No. Nunca trabajó

Si contesto "No" a las preguntas 1 y 2 Medicare es primario a menos que Parte III o Parte IV fueron contestadas con "Si." No continúe.

3. Tiene un cobertura medica en grupo (GHP) a través suyo o a través del empleo de su cónyuge?
 Si, los dos. Si, por mi mismo únicamente. Si, cónyuge únicamente
 No. **Medicare es primario a menos que las respuestas de Parte III o Parte IV fueron "Si."**
4. Esta usted cubierto bajo cobertura en grupo a través de un familiar que no sea su c Si No
Nombre/dirección del empleador de su familiar: _____
5. El empleador que auspicia la GHP tiene mas de 100 empleados?
 Si. **GHP es el primario.** Nombre y dirección de GHP _____

Póliza ID #: _____ Grupo ID #: _____
Membresía #: _____ Titular de la póliza/nombre del asegurado: _____
Relación con el paciente: _____

No. **Medicare es el primario a menos que las respuestas en Parte III o Parte IV fueron "Si."**

Parte VI - ESRD

1. Tiene usted o su cónyuge cobertura GHP? Si, los dos Si, por mi mismo únicamente. Si, cónyuge únicamente.
Nombre/dirección de GHP : _____
Póliza ID #: _____ Grupo ID #: _____
Membresía #: _____ Titular de la póliza/nombre del asegurado: _____
Relación con el paciente: _____ Nombre/dirección del empleador para la cobertura GHP: _____
 No. **Medicare es primario**
2. Ha recibido usted un trasplante de riñón? Si. Fecha del trasplante _____ No.
3. Ha recibido usted tratamientos de diálisis de mantenimiento?
 Si. Fecha en que comenzó la diálisis: _____ No.
Si participo en un programa de autoentrenamiento de diálisis, fecha en que comenzó el programa: _____
4. Se encuentra usted dentro del periodo de coordinación de 30 meses? Fecha en que comenzó este periodo: _____
 Si. No. Medicare es primario.
5. Tiene usted derecho a Medicare basándose en ESRD y edad o ESRD e incapacidad?
 Si. No.
6. Fue su derecho inicial a Medicare (incluyendo simultaneo o doble derecho) basado en ESRD?
 Si. **GHP es primario durante el periodo de coordinación de 30 meses.**
 No. **El derecho inicial basado en edad (vaya a Parte II en la pagina 1) o incapacidad (vaya a Parte V en la pagina 2).**
7. Es aplicable la provisión MSP de incapacidad o de ancianos trabajadores (el GHP es primario basado en edad o derecho de incapacidad)?
 Si. **GHP es primario durante el periodo de coordinación de 30 meses.** No. Medicare es primario.

Si no hay información en el Medicare's Common Working File, se usara esta información para actualizarlo durante el proceso de facturación.