



Company Name

## CUESTIONARIO DE MEDICARE COMO PAGADOR SECUNDARIO (MSP)

PÁGINA 1 DE 1

Nombre del Beneficiario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

No. de reclamación de Medicare (HIC): \_\_\_\_\_ No. de Récord de Medicare \_\_\_\_\_

1. El paciente está cubierto por la Administración de Veteranos, el programa Pulmón Negro o Compensación del Trabajador?  
(Favor circule uno)  Sí  No

Si es sí, escriba nombre, dirección, no. de grupo y teléfono del empleador/compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente de trabajo: \_\_\_\_\_

2. La enfermedad fue el resultado de una lesión?  Sí  No

A. Fecha del accidente: \_\_\_\_\_

B. Qué tipo de accidente causó la enfermedad/lesión? Si fue una caída, explique detalladamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. El paciente va a presentar una demanda de responsabilidad?  Sí  No

Si es sí, escriba nombre, dirección y teléfono del abogado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Está empleado el paciente (beneficiarios incapacitados de Medicare menores de 65 años o beneficiarios de Medicare mayores de 65 años) y cubierto por un grupo de seguro de salud??  Sí  No

A. Fecha de jubilación: \_\_\_\_\_

B. ¿Está casado el paciente?  Sí  No

C. ¿Está empleado/a el/la esposo/a?  Sí  No Fecha de la jubilación del esposo/a: \_\_\_\_\_

D. Tiene el/la esposo/a cobertura en un grupo de seguro de salud?  Sí  No

E. El paciente tiene cobertura en un grupo de seguro de salud del/de la esposo/a, padres o guardián?  Sí  No

F. El paciente recibe cobertura en un grupo de seguro de salud de un empleador para el cual trabajaba?  Sí  No

G. Si el paciente está cubierto por un grupo de seguro de salud, califica como un grupo de seguro de salud de empresa grande (100 empleados o más)?  Sí  No

Si usted contestó sí a las preguntas 3, 3D, 3E, 3F o 3G, escriba nombre, dirección, no. de grupo y teléfono del empleador:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si usted contestó sí a las preguntas 3, 3D, 3E, 3F o 3G, escriba nombre, no. del grupo y teléfono de la compañía aseguradora encargada de la cobertura del grupo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Le corresponden al paciente beneficios únicamente por padecimiento de insuficiencia renal de fase terminal?  Sí  No

A. El paciente ha recibido diálisis por más de 12 meses?  Sí  No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_