

## Forma de Medicare Pago Secundario (MSP) Adjunto A

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

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Numero del Medicare: \_\_\_\_\_ Numero de proveedor: 050084

1. ¿Recibe beneficios de veterano?  Sí  No
2. ¿Recibe beneficios bajo el programa de pulmon negro?  
 Sí; Es así proporcione la fecha de inicio de los beneficios (MM/DD/CCYY) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Sí es así, los servicios que está usted recibiendo están relacionados con una condición del pulmón que no sean de pulmón negro?  Sí  No  
 No
3. ¿Las lesiones o enfermedad están relacionados con un accidente o condición del trabajo?  Sí  No  
Sí es así proporcione la fecha del accidente o enfermedad (MM/DD/CCYY) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Sí  No
4. ¿Esta enfermedad o lesión está relacionada con un accidente de automóvil?  Sí  No  
Sí es así proporcione la fecha del accidente (MM/DD/CCYY) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Sí  No
5. ¿Esta enfermedad o lesión está relacionada a un accidente el cual usted intenta demandar o llevar a juicio o la litigación está pendiente?  Sí  No  
Sí es así, por favor de proporcionar:  
Nombre del Licenciado: \_\_\_\_\_ Numero del teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_
6. Tiene usted derecho a Medicare basado en. Marque las siguientes preguntas.  
 Edad (65 años o más). **Entonces vaya a la pregunta #7**  
 Discapacidad. **Vaya a la pregunta #7**  
 Etapa final de enfermedad de riñón.  
¿Tiene cobertura de grupo de Seguro de Salud?  Sí  No  
¿Está usted dentro de los 30 meses del periodo de coordinación?  Sí  No
7. ¿Está usted actualmente empleado?  Sí  No Fecha de jubilación \_\_\_\_\_
  - a) ¿Su esposa está actualmente empleada?  Sí  No Fecha de jubilación \_\_\_\_\_
  - b) ¿Tiene seguro de grupo de salud (GHP) como cobertura primaria basado en ti o en tu esposa presente o pasado empleo?  Sí  No
  - c) ¿Tu empresa que patrocina tu seguro de salud tiene más de 20 empleados?  Sí  No

**Sí usted contest "Sí" a las preguntas #3, #4, o #7, por favor complete la siguiente información:**

Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

#de póliza/certificado: \_\_\_\_\_

Nombre de Grupo del Seguro de Salud: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Individuo responsable: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_