

## CUESTIONARIO DEL PAGADOR SECUNDARIO DE MEDICARE

La información contenida en este formulario es utilizada por Medicare para determinar si hay otro seguro que debe pagar la reclamaciones primarias a Medicare.

1. Usted esta recibiendo beneficios de alguno de los siguientes programas?
- |                       |  |                             |
|-----------------------|--|-----------------------------|
| Pulmón Negro          | <input type="checkbox"/> Sí (Formulario Largo Parte I) | <input type="checkbox"/> NO |
| Beca de Investigación | <input type="checkbox"/> Sí (Formulario Largo Parte I) | <input type="checkbox"/> NO |
| Asuntos de Veteranos  | <input type="checkbox"/> Sí (Formulario Largo Parte I) | <input type="checkbox"/> NO |
2. La enfermedad/herida fue causada por un accidente en el trabajo / condición laboral?  
 Sí     NO

Si respondió SÍ, por favor conteste lo siguiente:

- Accidente relacionado con el trabajo (llene el formulario largo Parte I)  
 Accidente no relacionado con el trabajo (llene el formulario largo Parte II)

3. Esta trabajando actualmente?  
 Sí (conteste la siguiente pregunta)     NO

Tiene usted cobertura de plan de salud en grupo? Si lo tiene, son mas de 20 empleados o menos?

- MÁS (llene el formulario largo Parte IV)                       MENOS

4. Su esposo/esposa esta trabajando actualmente?  
 Sí (conteste la siguiente pregunta)     NO

Tiene su esposo/esposa cobertura de plan de salud en grupo? Si lo tiene, son más de 20 empleados o menos?

- MÁS (llene el formulario largo Parte IV)                       MENOS

5. Tiene derecho a los beneficios de Medicare como el resultado de:  
Enfermedad Renal (Riñones) en Etapa Terminal?  Sí (Formulario largo Parte IV)     NO  
Invalidez?             Sí (Formulario largo Parte V)     NO

6. Es usted actualmente un paciente en un centro de enfermería especializada como un hogar de convalecía?  
(Formulario largo no es necesario, ALERTA: en caso afirmativo, cobre SNF no a Medicare)

- Sí     NO

Yo confirmo que la información anterior es correcta.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_