DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

PARA PREGUNTAS
LLAME: 1-800-999-1118

CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS INCAPACITADOS

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE MEDICARE
MARY SMITH	5/10/54	123456789 A

INSTRUCCIONES: Esta información será leída por una computadora. Favor de escribir en letra de molde según se indica en el ejemplo. No se salga de los encasillados. Utilice solamente letras MAYÚSCULAS. Marque con una X los encasillados apropiados. UTILICE TINTA NEGRA O AZUL.

EJEMPLO: | | A | B | C | | | 1 | 2 | 3 | | |

SECCIÓN A - INFORMACIÓN ACERCA DE USTED

1) ¿Recibe usted alguna cobertura de salud grupal del empleador para el cual usted trabaja **actualmente** (a tiempo completo o a tiempo parcial)? SI ☒ NO ☐ (Si **NO**, **PARE**, vaya a la **Sección B**)

2) ¿Cuántos empleados, incluyendo a usted, trabajan para el patrono del cual usted recibe beneficios de salud? No sé ☐ Más de 100 ☒ Menos de 100 ☐ (Sí menos de **100**, **PARE**,vaya a la **Sección B**)

3) ¿Qué tipo de cobertura tiene bajo el plan de salud grupal de su empleador?
Cobertura de empleado ☐ Cobertura familiar (esposo/esposa, miembro familiar) ☒

Por favor proporcione información sobre su empleador y el plan de salud grupal en los casilleros a continuación:

NOMBRE DEL EMPLEADOR
ACME DYNAMITE CO

DIRECCIÓN
345 FARAWAY STREET

DIRECCIÓN

CIUDAD: SATURN ESTADO: ME CÓDIGO POSTAL: 55555

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL
GOOD HEALTH INC

DIRECCIÓN
789 THIRD AVENUE

DIRECCIÓN
SUITE 6

CIUDAD: MARS ESTADO: ME CÓDIGO POSTAL: 66666

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO

NUMERO DE PÓLIZA

4) ¿Ofrece su plan de salud grupal cobertura de recetas médicas? **SI** ☐ **NO** ☐
(Si responde **NO**, vaya a la **SECCIÓN B**)
Use su tarjeta de seguro médico para ingresar la información siguiente si está disponible:

Grupo Rx: ZPRX521178 PCN Rx:

Identificación del miembro: 424424242 BIN Rx: 443322

SECCIÓN B – INFORMACIÓN SOBRE SU FAMILIAR

1) En 4/01/2003 ,¿recibirá algún tipo de cobertura de salud grupal del empleo actual de un miembro de su familia? **SI** ☒ **NO** ☐
(Si responde **NO, PARE** y vaya a la **SECCIÓN C**)

Sample

(Sigue atrás)

SECCIÓN B – INFORMACIÓN SOBRE SU FAMILIAR – CONTINUACIÓN

Nombre del familiar

Primer Nombre: JOHN

Inicial del segundo nombre: J

Número de Seguro Social: 999-88-7777

Apellido: SMITH

2) ¿Cuántos empleados trabajan para el empleador de su familiar?

No sé ☒ 100 o más ☐ Menos de 100 ☐ (si es menos de 100, **PARE** y vaya a la **SECCIÓN C**)

Por favor proporcione información sobre el empleador y el plan de salud grupal en los casilleros a continuación:

NOMBRE DEL EMPLEADOR: ACME DYNAMITE CO

DIRECCIÓN: 345 FARAWAY STREET

DIRECCIÓN:

CIUDAD: SATURN ESTADO: ME CÓDIGO POSTAL: 55555

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL: GOOD HEALTH INC

DIRECCIÓN: 789 THIRD AVENUE

DIRECCIÓN: SUITE 6

CIUDAD: MARS ESTADO: ME CÓDIGO POSTAL: 66666

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO:

NUMERO DE PÓLIZA:

3) ¿Ofrece el plan de salud grupal de su familiar cobertura de recetas médicas? **SI** ☐ **NO** ☐
(Si responde **NO**, vaya a la **SECCIÓN C**)

Use la tarjeta de seguro médico de su familiar para ingresar la información siguiente si está disponible:

Grupo Rx: ZPRX521178

PCN Rx:

Identificación del miembro: 424242424

BIN Rx: 443322

SECCIÓN C – MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU PERSONA

1) ¿Recibe **Usted** beneficios de **Enfermedad Pulmonar Minera**? **SI** ☐ **NO** ☒

2) ¿Recibe **Usted** beneficios de **Compensación al trabajador**? **SI** ☒ **NO** ☐

3) ¿Está **Usted** recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad en la que otra persona es responsable o que está cubierto por un seguro sin parte culpable, seguro de automóvil o de responsabilidad? **SI** ☒ **NO** ☐

STOP

Si respondió **SI** a cualquiera de estas preguntas, vaya a la **SECCIÓN D**.
Si respondió **NO** a cualquiera de estas preguntas, firme y devuelva esta página solamente.

Su Firma

CÓDIGO DE ÁREA – **NÚMERO DE TELÉFONO**

Sample

(Continúa en la página siguiente)

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID

PARA PREGUNTAS
LLAME: 1-800-999-1118

CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS INCAPACITADOS - CONTINUACIÓN

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE MEDICARE
MARY SMITH	5/10/54	123456789A

SECCIÓN D – MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU PERSONA – CONTINUACIÓN

1) Si está recibiendo beneficios de **Enfermedad Pulmonar Minera**, indique la fecha en que comenzó a recibirlos.

Mes – Día – Año

2) Si está recibiendo cualquier servicio médico relacionado a una enfermedad o lesión ocurrida en el lugar de trabajo, por la que **USTED** ha presentado un reclamo de **Compensación al Trabajador**, indique la fecha de la lesión o enfermedad.

04 – 20 – 2000
Mes – Día – Año

Por favor, proporcione información sobre el empleador, empresa de seguro o abogado:

NOMBRE DEL EMPLEADOR
ACME DYNAMITE CO

DIRECCIÓN
345 FARAWAY STREET

DIRECCIÓN

CIUDAD: SATURN | ESTADO: ME | CÓDIGO POSTAL: 55555

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGURO
UNITED HEALTHY PEOPLES INC

DIRECCIÓN
11 SOMEWHERE AVE

DIRECCIÓN

CIUDAD: NEW YORK | ESTADO: NY | CÓDIGO POSTAL: 01000

NÚMERO DE LA PÓLIZA O DE RECLAMO
UHPI543210 9

NOMBRE DEL ABOGADO (Si se aplica)
MIGUEL CRUZ ESQ

DIRECCIÓN
125 MAIN STREET

DIRECCIÓN

CIUDAD: JACKSONVILLE | ESTADO: FL | CÓDIGO POSTAL: 12345

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN
GOLPI LA CADERA Y LA ESPALDA

Sample

SECCIÓN D – MÁS INFORMACIÓN SOBRE SU PERSONA – CONTINUACIÓN

3) Si **Usted** está recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad en la que otra persona es responsable, indique la fecha de la enfermedad o lesión: ___ – ___ – ____
Mes Día Año

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGURO

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE LA PÓLIZA O DE RECLAMO

NOMBRE DEL ABOGADO (Si se aplica)

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN

4) Si **Usted** está recibiendo tratamiento por una lesión o enfermedad que está cubierto por un seguro **sin parte culpable** o seguro de **automóvil ode responsabilidad,** indique la fecha de la enfermedad o
___ – ___ – ____
Mes Día Año

NOMBRE DE LA EMPRESA DE SEGURO

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE LA PÓLIZA O DE RECLAMO

NOMBRE DEL ABOGADO (Si se aplica)

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

DESCRIPCIÓN BREVE DE LA ENFERMEDAD O LESIÓN

Su Firma

Mary Smith

CÓDIGO DE ÁREA 777 – **NÚMERO DE TELÉFONO** 777 – 5445

Sample