

CUESTIONARIO PARA PAGADORA/A SECUNDARIO/A DE MEDICARE

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

1.	¿Está recibiendo beneficios por enfermedad de Pulmón Negro?	Sí	No
	Fecha en la que comenzó a recibir dichos beneficios:		
2.	¿Los servicios que se le prestarán hoy serán pagados por un programa de investigación del gobierno?	Sí	No
3.	¿Los servicios que se le prestarán hoy serán pagados por el Departamento de Servicios a Veteranos?	Sí	No
4.	¿La enfermedad/herida se debe a un accidente/enfermedad laboral?	Sí	No
5.	¿La enfermedad/herida se debe a un accidente/enfermedad no laboral?	Sí	No
	En caso afirmativo, ¿existe indemnización independiente de culpabilidad o seguro de responsabilidad civil?	Sí	No
6.	Le corresponde Medicare por la siguiente razón:	Edad _____	
		Discapacidad _____	
		ERET _____	
7.	¿Actualmente tiene empleo?	Sí	No
	En caso negativo, ¿cuándo se jubiló?		
8.	¿Tiene seguro médico de grupo a través de su empleador?	Sí	No
9.	¿Su cónyuge tiene empleo?	Sí	No
	En caso negativo, ¿cuándo se jubiló su cónyuge?		
10.	¿Tiene cobertura de seguro médico de grupo a través del empleador de su cónyuge?	Sí	No
	Si su respuesta fue que sí tiene cobertura de seguro médico de grupo a través de su empleador o el de su cónyuge, favor de proporcionar los datos siguientes:		
	Empresa aseguradora:		
	Dirección:		
	Número de identificación del seguro:	Grupo:	
	Copago: \$		

NOTA:

Es posible que usted tenga derecho a recibir Medicare por edad si es mayor de 65 años y Medicare por discapacidad si es menor de 65 años. **Además**, si tiene derecho a recibir Medicare por Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ERET), posiblemente tenga derecho a recibir Medicare por edad o discapacidad.

Persona que proporciona información para este cuestionario: _____