

# Medicare Como Pagador Secundario (MSP) Cuestionario

Nombre del Paciente:

Fecha:

HICN:

## Parte I

### 1. Recibe usted beneficios como trabajador de la Minería? Black Lung (BL)?

Yes      Día en que comenzó a recibir los Beneficios:      (MM/DD/CCYY)

El BL ES PAGADOR PRIMARIO SOLO PARA RECLAMACIONES RELACIONADAS CON BL.

No

### 2. Van a ser pagados los servicios por un programa de investigación del gobierno?

Si      El Programa de investigación del gobierno, va a pagar como primario por estos servicios

No

### 3. El Programa de Asistencia de los Veteranos (DVA), está de acuerdo y autorizó el pago de este servicio a esta compañía?

Si      DVA es primario para estos servicios.

No

### 4. La enfermedad/lesión fué causada por un accidente/condición de trabajo?

Si      Fecha del accidente/enfermedad:      (MM/DD/CCYY)

Nombre, Dirección del Plan de de Compensación del Trabajador (Worker's Compensation WP):

Número de Identificación ó número de póliza:

Nombre y Dirección de su Empleador:

WC ES PAGADOR PRIMARIO SOLO PARA RECLAMACIONES DE ACCIDENTES O ENFERMEDADES RELACIONADAS CON EL TRABAJO. VAYA A LA Parte E III.

No      VAYA A LA Parte E II.





## Parte IV – Edad

### 1. Are you currently employed?

Si Nombre y Dirección de su Empleador:

No Fecha de retiro (si aplica): (MM/DD/CCYY)

No Nunca ha estado empleado

### 2. Su esposo/a está trabajando actualmente?

Si Nombre y Dirección del Empleador:

No Fecha de retiro (si aplica): (MM/DD/CCYY)

No Nunca ha estado empleado

**SI EL PACIENTE RESPONDE “NO” A AMBAS PREGUNTAS (1 Y 2), MEDICARE ES PRIMARIO; NO CONTINUE A MENOS DE QUE HAYA RESPONDIDO “SI” A LAS PREGUNTAS DE LA PARTE I O II.**

### 3. Tiene un plan de Salud Grupal (GHP) por su trabajo ó por el trabajo de su esposo/a?

Si Ambos

Si Por mi trabajo

Si Por mi esposo/a

No DETENGASE, MEDICARE ES PRIMARIO A MENOS DE QUE EL PACIENTE CONTESTE “SI” A LAS PREGUNTAS DE LA PARTE I O II.

### 4. Si usted tiene una cobertura GHP por su trabajo actual, el empleador tiene 20 ó más empleados?

Si EI GHP ES PRIMARIO. OBTENGA LA SIGUIENTE INFORMACION.

Nombre y Dirección del Seguro:

Número de Identificación de la Póliza (Algunas veces este número se refiere al número del paquete de beneficios del seguro):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA) era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente:

Nombre del Asegurado/Dueño de la Póliza:

Relación con el paciente (si aplica):

No

**5. Si usted tiene una cobertura de GHP, por el empleo actual de su esposo/a, el empleador de su esposo/a tiene más de 20 empleados?**

Si EL GHP ES PRIMARIO, OBTENGA LA SIGUIENTE INFORMACION.

Nombre y dirección del GHP:

Número de Identificación de la Póliza (Algunas veces es el número del paquete de beneficios):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA), era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente:

Nombre del dueño de la póliza/nombre del asegurado:

Relación con el Paciente:

No

**SI EL PACIENTE RESPONDIO “NO” A LAS DOS PREGUNTAS (4 Y 5), MEDICARE ES EL PRIMARIO, A MENOS DE QUE EL PACIENTE HAYA CONTESTADO “SI” A LAS PREGUNTAS DE LA PARTE I O II.**

## Parte V - Discapacidad

**1. Usted está trabajando actualmente??**

Si Nombre y Dirección de su Empleador:

No Fecha de Retiro, si aplica: (MM/DD/CCYY)

No Nunca ha estado empleado

**2. Su esposo/a está empleado actualmente??**

Si Nombre y Dirección del empleador de su esposo/a:

No Fecha de Retiro, si aplica: (MM/DD/CCYY)

No Nunca ha estado empleado

**3. Tiene una cobertura de salud (GHP) por su propio trabajo ó por el trabajo de algún miembro de su familia?**

Si Ambos

- Si Esposo/a
- Si Mi propio trabajo
- No

**4. Está cubierto con un seguro de otro familiar diferente a su esposo/a?**

- Si Nombre y Dirección del empleador de su familiar:

No

**SI EL PACIENTE RESPONDIO “NO” A LAS PREGUNTAS 1, 2, 3, Y 4 DETENGASE. MEDICARE ES PRIMARIO A MENOS DE QUE HAYA RESPONDIDO “SI” EN LA PARTE I O II.**

**5. Si usted tiene cobertura de GHP por su actual trabajo, su empleador tiene mas de 100 empleados?**

- Si GHP ES PRIMARIO. OBTENGA LA SIGUIENTE INFORMACION.  
Nombre y Dirección del GHP:

Número de Identificación de la Póliza (Algunas veces es el número del paquete de beneficios):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA) era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente?:

Nombre del dueño de la Póliza ó del Asegurado:

Relación con el paciente:

No

**6. Si usted tiene cobertura con un GHP por medio del trabajo de su esposo/a, el empleador de su esposo/a tiene mas de 100 empleados?**

- Si GHP ES EL PRIMARIO, OBTENGA LA SIGUIENTE INFORMACION.  
Nombre y Dirección del GHP:

Número de Identificación de la Póliza (Este número algunas veces es el número del paquete de beneficios):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA) era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente:

Nombre del dueño de la póliza ó del Asegurado:

Relación con el paciente:

No

**7. Si usted tiene cobertura de un GHP, por medio del trabajo de uno de los miembros de su familia, el empleador de su familiar tiene mas de 100 empleados?**

Si EL GHP ES EL PRIMARIO, OBTENGA LA SIGUIENTE INFORMACION.

Nombre y Dirección del GHP:

Número de Identificación de la Póliza (Este número algunas veces es el número del paquete de beneficios):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA) era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente:

Nombre del dueño de la póliza ó del Asegurado:

Relación con el paciente:

No

**SI EL PACIENTE RESPONDIO “NO” A LAS PREGUNTAS 5,6, Y 7, MEDICARE ES EL PRIMARIO, A MENOS DE QUE HAYA RESPONDIDO “SI” A LAS PREGUNTAS DE LA PARTE I O II.**

## Parte VI – ESRD

**1. Tiene usted cobertura con un plan de salud GHP?**

Si INGRESE LA INFORMACION DEL GHP, SI APLICA:

Nombre y Dirección del GHP:

Número de Identificación de la Póliza (Este número algunas veces es el número del paquete de beneficios):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA) era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente:

Nombre del dueño de la póliza ó del Asegurado:

Relación con el paciente:

Nombre y Dirección del Empleador, por medio del cual usted recibe la cobertura (si aplica):

**INFORMACION DE SU ESPOSO/A, SI APLICA:**

Nombre y Dirección del GHP:

Número de Identificación de la Póliza (Este número algunas veces es el número del paquete de beneficios):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA) era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente:

Nombre del dueño de la póliza ó del Asegurado:

Relación con el paciente:

Nombre y Dirección del Empleador, por medio del cual su esposo/a recibe la cobertura, si aplica:

**INFORMACION SOBRE SU FAMILIAR, SI APLICA:**

Nombre y Dirección del GHP:

Número de Identificación de la Póliza (Este número algunas veces es el número del paquete de beneficios):

Número de Grupo:

El número de identificación (antes de la ley de HIPAA) era a menudo el número del Seguro Social (SSN). Es este el único número de identificación asignado al paciente:

Nombre del dueño de la póliza ó del Asegurado:

Relación con el paciente:

Nombre y Dirección del empleador a través del cual su familiar recibe cobertura del GHP:

No DETENGASE. MEDICARE ES PRIMARIO.

**2. HHa recibido un Transplante Renal?**

Si Fecha del Transplante: (MM/DD/CCYY)

No

**3. Ha recibido tratamiento de Diálisis de Mantenimiento?**

Si Fecha de Inicio de la Diálisis: (MM/DD/CCYY)

Si usted participa en un programa de entrenamiento en Auto\_Diálisis, en que fecha comenzó?  
(MM/DD/CCYY)

No

**4. Está dentro del periodo de coordinación de beneficios de 30 meses, que comenzó el MM/DD/CCYY?**

(El periodo de coordinación de 30 meses comienza el primer día del mes en el que un individuo es elegible para Medicare debido a falla renal -aún cuando no esté inscrito en Medicare aún-, usualmente el cuarto mes de diálisis. Si el individuo está participando en un programa de entrenamiento de auto-diálisis o tiene un transplante renal durante el periodo de espera de 3 meses, el periodo de coordinación de 30 meses comienza el primer día del mes en el que se realizó el transplante renal.)

Si

No DETENGASE MEDICARE ES PRIMARIO.

**5. Tiene derecho a Medicare debido a ESRD (Enfermedad Renal en Fase Terminal) y Edad ó ESRD y Discapacidad?**

Si

No

**6. Su inscripción inicial con Medicare fué por ESRD?**

Si DETENGASE. EL GHP PAGARA COMO PRIMARIO DURANTE LOS 30 MESES DEL PERIODO DE COORDINACION DE BENEFICIOS.

No LA INSCRIPCION INICIAL FUE POR EDAD O POR DISCAPACIDAD.

**7. La provisión de trabajador de edad avanzada ó de MSP por discapacidad aplica (por ejemplo, el GHP como primario es por edad ó por discapacidad)?**

Si GHP PAGARA COMO PRIMARIO DURANTE LOS 30 MESES DEL PERIODO DE COORDINACION.

No MEDICARE CONTINUARA PAGANDO COMO PRIMARIO.

Si no hay información sobre el MSP disponible en el Expediente de Trabajo del paciente (Common Working File CWF) el proveedor aún puede usar estas preguntas y obtener algún tipo de información sobre el MSP.

Esta información será usada entonces para actualizar el CWF en el proceso de facturación.