

## Forma de Desarrollo de Medicare Como Pagador Secundario

Facilidad <b>Georgetown Medical Clinic</b>	COID <b>20529</b>	Fecha de Jubilación del Paciente	Fecha de Jubilación de su Cónyuge	Fecha de Fallecimiento de su Cónyuge
Nombre del Paciente		Número de Cuenta	Numero de Medicare	
Usted debe preguntar al paciente cada pregunta en secuencia y cumplir con las instrucciones que siguen a una respuesta. Fracaso para obtener información sobre Medicare como un pagador secundario es una violación de su contrato de proveedor con Medicare.				
<p>¿El paciente tiene una póliza de HMO? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><b>SI:</b> Nombre, Dirección y Teléfono de HMO:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿La HMO reemplace Medicare? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><b>SI:</b> El HMO será primario. <b>NO,</b> será secundario.</p> <p>¿Es esto un paciente interno? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>¿El paciente recibió Mensaje Importante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Si NO, ¿Por qué no? _____</p>		<p>¿El paciente ha sido un paciente interno en una facilidad de servicios de salud en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><b>SI:</b> Nombre, Dirección y Teléfono de la Facilidad:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>¿El paciente ha tenido cualquier tipo de paciente externo servicios de salud en las últimas 72 horas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p><b>SI:</b> Nombre, Dirección y Teléfono de la Facilidad:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>1. ¿Estás recibiendo beneficios de pulmón negro?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Fecha que empezó los beneficios: _____</p> <p><b>SI:</b> Pulmón Negro es primario solo para las reclamaciones relacionadas a pulmón negro.</p>		<p>7. ¿Fue otro partido responsable por este accidente?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Vaya a la pregunta 8.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si; Da el nombre, dirección y teléfono de cualquier asegurador de la responsabilidad: _____</p> <p>_____</p> <p>Numero de Reclamación de Seguro: _____</p> <p><i>Sin Culpa aseguradora es pagador primario solo para esos reclamaciones relacionados al accidente. <b>Vaya a la pregunta 8.</b></i></p> <p><b>SI:</b> Asegurador de la responsabilidad es primario solo para esos reclamaciones relacionados al accidente.</p>		
<p>2. ¿Son los servicios que deben ser pagados por un programa de gobierno como una beca de investigación?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si; El programa de gobierno pagara principales beneficios para estos servicios.</p>		<p>8. Tiene derecho a Medicare basado en:</p> <p><input type="checkbox"/> Edad; <b>Vaya a preguntas 9-12.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad; <b>Vaya a preguntas 13-16.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Terminal de los Riñones (ESRD); <b>Vaya a preguntas 17-23</b></p>		
<p>3. ¿Ha el Departamento de Asuntos de Veteranos autorizado y están de acuerdo a pagar por cuidado en este facilidad?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si; El Departamento de Asuntos de Veteranos es primario por estos servicios.</p>		<p>9. ¿Es usted empleado actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Fecha de Jubilación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Da el Nombre, Dirección y Teléfono de su empleador:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>4. ¿Fue la enfermedad/lesión debido a accidentes o condiciones relacionados al trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Vaya a la pregunta 5.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si; Fecha de enfermedad/lesión: _____</p> <p>Nombre, Dirección y Teléfono del plan de Compensación de Trabajadores:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Numero de Póliza: _____</p> <p>Nombre, Dirección y Teléfono de su empleador:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>SI:</b> Compensación de Trabajadores es pagador primario solo para reclamaciones relacionados a accidentes o condiciones de trabajo. <b>Vaya a la pregunta 8.</b></p>		<p>10. ¿Es su cónyuge actualmente empleado?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Fecha de Jubilación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Da el Nombre, Dirección y Teléfono del empleador de su cónyuge:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Si el paciente respondió "No" a preguntas 9 y 10, Medicare es primario. Si el paciente respondió "Si" a preguntas 1-4 o 5-7, entonces Medicare no es el pagador primario. <b>No sigas adelante.</b></i></p> <p><i>Si el paciente respondió "Si" a preguntas 9 o 10, <b>Vaya a las preguntas 11 y 12.</b></i></p>		
<p>5. ¿Fue la enfermedad/lesión debido a accidentes no relacionados al trabajo?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Vaya a la pregunta 8.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Si; Fecha de accidente: _____</p>		<p>11. ¿Tienes plan de salud de grupo basado en su propia o empleo actual del cónyuge?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Para.</b> Medicare es pagador primario a menos que el paciente respondió "Si" a preguntas 1-4 o 5-7.</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p>		
<p>6. ¿Qué tipo de accidente causo la enfermedad/lesión?</p> <p><input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> No Automovilístico</p> <p>Nombre, Dirección y Teléfono Sin Culpa o Responsabilidad Asegurador:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Numero de Reclamación de Seguro: _____</p> <p><i>Sin Culpa aseguradora es pagador primario solo para esos reclamaciones relacionados al accidente. <b>Vaya a la pregunta 8.</b></i></p> <p>Otro (Explicite): _____</p>		<p><b>Medicare requiere este formulario ser completado para cada paciente de Medicare.</b></p> <p><b>La información se utiliza para determinar si hay otros pagadores primarios a Medicare.</b></p> <p><b>Medicare requiere el paciente firmar la Forma de Desarrollo de Medicare Como Pagador Secundario.</b></p>		

## Forma de Desarrollo de Medicare Como Pagador Secundario

Nombre del Paciente	Número de Cuenta	Numero de Medicare
<p>12. ¿El empleador que patrocina su plan de salud de grupo emplea 20 o mas empleados?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Para.</b> Medicare es pagador primario a menos que el paciente respondió "Si" a preguntas 1-4 o 5-7.</p> <p><input type="checkbox"/> Si; <b>Para.</b> Su plan de salud de grupo es primario. Obtenga la siguiente información: Nombre, Dirección y Teléfono del plan de salud de grupo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Numero de Póliza: _____</p> <p>Numero de Grupo: _____</p> <p>Nombre del Asegurado: _____</p> <p>Relación al Paciente: _____</p>	<p>17. ¿Tienes plan de salud de grupo?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Para.</b> Medicare es primario.</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Obtenga Nombre, Dirección y Teléfono del plan de salud de grupo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Numero de Póliza: _____</p> <p>Numero de Grupo: _____</p> <p>Nombre del Asegurado: _____</p> <p>Relación al Paciente: _____</p> <p>Nombre, Dirección y Teléfono del empleador de la que recibió plan de salud de grupo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>13. ¿Es usted empleado actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Fecha de Jubilación: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Da el Nombre, Dirección y Teléfono de su empleador:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>18. ¿Ha recibido un trasplante de riñón?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Fecha de Trasplante: _____</p>	
<p>14. ¿Es un miembro de la familia actualmente empleado?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Da el Nombre, Dirección y Teléfono del empleador:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><i>Si el paciente respondió "No" a preguntas 13 y 14, Medicare es primario. Si el paciente respondió "Si" a preguntas 1-4 o 5-7, entonces Medicare no es el pagador primario. <b>No sigas adelante.</b></i></p> <p><i>Si el paciente respondió "Si" a preguntas 13 o 14, <b>Vaya a las preguntas 15 y 16.</b></i></p>	<p>19. ¿Ha recibido tratamientos de diálisis de mantenimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Fecha que empezó Diálisis: _____</p>	
<p>15. ¿Tienes plan de salud de grupo basado en su propia o empleo actual de un miembro de su familia?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Para.</b> Medicare es pagador primario a menos que el paciente respondió "Si" a preguntas 1-4 o 5-7.</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p>	<p>20. ¿Estás dentro de los 30 meses de coordinación?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Para.</b> Medicare es pagador primario.</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p>	
<p>16. ¿El empleador que patrocina su plan de salud de grupo emplea 100 o mas empleados?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Para.</b> Medicare es pagador primario a menos que el paciente respondió "Si" a preguntas 1-4 o 5-7.</p> <p><input type="checkbox"/> Si; <b>Para.</b> Su plan de salud de grupo es primario. Obtenga la siguiente información: Nombre, Dirección y Teléfono del plan de salud de grupo:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Numero de Póliza: _____</p> <p>Numero de Grupo: _____</p> <p>Nombre del Asegurado: _____</p> <p>Relación al Paciente: _____</p>	<p>21. ¿Tiene derecho a Medicare basado en Enfermedad Terminal de los Riñones (ESRD) y Edad o Enfermedad Terminal de los Riñones y Discapacidad?</p> <p><input type="checkbox"/> No; <b>Para.</b> Su plan de salud de grupo es primario dentro los 30 meses de coordinación.</p> <p><input type="checkbox"/> Si</p> <p>22. ¿Era su derecho a Medicare (incluyendo derecho simultaneo) basado en Enfermedad Terminal de los Riñones?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Mi derecho inicial era basado en edad o discapacidad.</p> <p><input type="checkbox"/> Si; <b>Para.</b> Su plan de grupo sigue pagando como primario dentro los 30 meses de coordinación.</p> <p>23. ¿Se aplica la provisión Medicare Como Pagador Secundario de discapacidad o de ancianos trabajadores (es decir, es el principal plan de salud de grupo basado en derecho de edad o discapacidad)?</p> <p><input type="checkbox"/> No; Medicare sigue pagando como primario.</p> <p><input type="checkbox"/> Si; Su plan de grupo sigue pagando como primario dentro los 30 meses de coordinación.</p>	
<p><b>Yo entiendo que soy responsable por cargos no cubiertos por el programa Medicare, y que tales servicios incluyen pero no se limitan a lo siguiente: cirugía cosmética, cuidado dental, llevarse a casa las drogas, enfermeras de servicios privados, guarda, televisión, teléfono, habitación privada (a menos que sea medicamente necesario), artículos de conveniencia personal, no aprobado por la FDA de dispositivos médicos.</b></p>		
<p>_____ Paciente o Representante / Relación</p>	<p>_____ Testigo</p>	<p>_____ Fecha</p>