

CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS DE 65 AÑOS O MÁS

NOMBRE

JOHN Q. PUBLIC

FECHA DE
NACIMIENTO

7/23/1935

NÚMERO DE
MEDICARE

987654321X

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) ¿En 7/21/2000, estará USTED trabajando? SI NO (Si responde NO, vaya a la SECCIÓN B)

2) ¿Tiene usted alguna cobertura de salud grupal por medio de su empleo actual?

SI NO (Si responde NO, vaya a la SECCIÓN B)

3) ¿Cuántos empleados, incluyéndolo a usted, trabajan para su empleador?

No sé 20 o más Menos de 20 (si es menos de 20, PARE y vaya a la SECCIÓN B)

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

NOMBRE DEL EMPLEADOR

MEGACONGLOMERATE INC

DIRECCIÓN

123 MAIN STREET

DIRECCIÓN

ASTRA BUILDING

CIUDAD

ANYTOWN

ESTADO

NY

CODIGO POSTAL

00000

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL

ABC INSURANCE CO

DIRECCIÓN

456 FIRST AVE

DIRECCIÓN

CIUDAD

GOTHAM CITY

ESTADO

NY

CODIGO POSTAL

99999

NUMERO DE IDENTIFICACION DE GRUPO

NUMERO DE POLIZA

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

ZPQR52213

PCN Rx

Identificación del miembro

597612073

BIN Rx

995544

SECCIÓN B - INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE

1) En 3/23/2005, ¿recibirá algún tipo de cobertura de salud grupal del empleo actual de su cónyuge? SI NO N/A (Si responde NO o N/A, PARE y vaya a la SECCIÓN C)

Primer nombre del cónyuge

Número de Seguro Social del cónyuge

Inicial del segundo
nombre del cónyuge

Apellido del cónyuge

SECCIÓN B – INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE – CONTINUACIÓN

2) ¿Cuántos empleados trabajan para el empleador de su cónyuge? (incluyendo a su cónyuge).

No sé 20 o más Menos de 20 (si es menos de 20, **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

--	--	--	--

DIRECCIÓN

--	--	--	--

DIRECCIÓN

--	--	--	--

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

--	--	--

NOMBRE DEL PLAN DE SALUD GRUPAL

--

DIRECCIÓN

--

DIRECCIÓN

--

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

--	--	--

NUMERO DE IDENTIFICACIÓN DE GRUPO

--

NUMERO DE PÓLIZA

--

3) ¿Ofrece el plan de salud grupal de su cónyuge cobertura de recetas médicas? **SI** **NO**

(Si responde **NO**, vaya a la **SECCIÓN C**)

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

Grupo Rx

--

PCN Rx

--

Identificación del miembro

--

BIN Rx

--

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**

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

John Q Public

CÓDIGO DE

AREA

2 | 1 | 2

NÚMERO DE TELÉFONO

2 | 1 | 2

- 2 | 1 | 2 | 1

CUESTIONARIO DE MEDICARE PARA BENEFICIARIOS DE 65 AÑOS O MÁS - CONTINUACIÓN

NOMBRE JOHN Q. PUBLIC	FECHA DE NACIMIENTO 07/23/1935	NUMERO DE MEDICARE 987654321X
---------------------------------	------------------------------------------	-----------------------------------------

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.
 - -
 Mes Día Año

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

NOMBRE DEL EMPLEADOR

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

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

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**, 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

Su Firma

CÓDIGO DE
ÁREA – NÚMERO DE TELÉFONO
 –