Vance Family Medicine Medicare Secondary Payer (MSP) Forma

Nombre del paciente: _____

Medicare #: _____

Fecha: _____ / _____ / _____

Marque () los elementos apropiados:

1. **¿Recibe beneficios de Veteranos?** □ Sí □ No

2. **¿Está recibiendo beneficios bajo el Programa de Pulmón Negro?** □ Sí □ No

3. **¿Fue esta lesión / enfermedad debido a un accidente / enfermedad relacionada con el trabajo?** □ Sí □ No

4. **¿Fue esta lesión / enfermedad relacionada con un accidente automovilístico?** □ Sí □ No

5. **¿Fue esta lesión / enfermedad relacionada con un accidente en el que tiene la intención de presentar una demanda de responsabilidad civil o litigio está pendiente?** □ **Sí** □ **No**

Si "Sí", proporcione: Nombre del abogado: _____
Dirección: _____
Número De Teléfono: _____

6. **¿Tiene derecho a Medicare por:** □ Edad (65 & Over) **(Pase a la pregunta # 7)**
□ Discapacidad **(Pase a la pregunta # 7)**
□ Final de la enfermedad renal en etapa terminal
¿Tiene cobertura del plan de salud de grupo? □ Sí □ No

7. **¿Está trabajando actualmente?** □ Sí □ No
Fecha de Retiro: _____ / _____ / _____

a) **¿Es su esposo trabajando actualmente?** □ Sí □ No
Fecha de Retiro: _____ / _____ / _____
b) **¿Tiene un plan de salud de grupo como la cobertura primaria basada en su propio o del cónyuge actual (o anterior) el empleo?** □ Sí □ No
c) **¿Tiene el empleador que patrocina el plan de salud de grupo emplea 20 o más empleados?** □ **Sí** □ **No**

Si su respuesta es "Sí" a las preguntas # 3, # 4 o # 7 arriba, por favor complete la siguiente información:

Insurance Co .: _____
Dirección: _____
Póliza: _____
Nombre del grupo: _____