Quien proveyó la Información: _____

Fecha que se obtuvo la Información: _____

Sección I

1. ¿Usted recibe beneficios Black Lung (BL)?
__ Sí; fecha que empezaron los beneficios: _____
BL ES EL PRINCIPAL SOLO PARA RECLAMOS RELACIONADOS A BL.
Si es así, Seleccione el plan de la aseguranza médica ___Black Luna {Plan # 0830}
Fecha de comienzo de beneficios para el plan BL.

__ no. CONTINUE A LA PRÓXIMA PREGUNTA.

2. ¿Los servicios están cubiertos por un programa del gobierno tal como una beca de investigación científica?
__ sí: Un Programa del Gobierno pagará los beneficios primarios para estos servicios.

__ no. CONTINUE A LA PRÓXIMA PREGUNTA.

3. ¿El Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA) ha autorizado y acordado pagar para servicios en esta facilidad?

__sí; DVA ES EL PRINCIPAL EN ESTA CUENTA

__ no. CONTINUE A LA PRÓXIMA PREGUNTA.

4. ¿La enfermedad/herida fue por causa de un accidente/condición en el trabajo?

__Sí; Fecha de enfermedad o herida: _____

Si es así, seleccione el plan de compensación de empleo apropiado

Nombre y Dirección del plan de compensación al Empleado (WC):

Número de póliza o identificación del paciente _____

Nombre y Dirección del Propietario:

WC ES EL SEGURO PRINCIPAL *SOLO* PARA RECLAMOS ASOCIADOS A HERIDAS O ENFERMEDADES RELACIONADAS AL TRABAJO. SIGA AL III

No. Siga al II

SECCION II:

1. ¿La enfermedad/ herida fue por causa de un accidente no relacionado al trabajo?

__Sí; Fecha de enfermedad o herida: _____

Si es así, siga a pregunta #2.

__No. Siga al III

2. ¿Que tipo de accidente causó la enfermedad/ herida?

vehículo
 No-vehículo

Nombre y Dirección del seguro de no-fault “sin culpa” o *liability* “responsabilidad”:

Número de reclamo del seguro _____

NO-FAULT ES EL SEGURO PRINCIPAL SOLO PARA RECLAMOS ASOCIADOS AL ACCIDENTE: SIGA AL III

otro

3. ¿Alguien más fue responsable por el accidente?

Sí;

Nombre y Dirección de cualquier seguro de *liability*:

Número de reclamo del seguro _____

LIABILITY ES EL SEGURO PRINCIPAL *SOLO* PARA RECLAMOS ASOCIADOS AL ACCIDENTE: SIGA AL III

No. Siga al III

SECCION III

1. El beneficiario esta autorizado al seguro del Medicare basado en:

Edad. Siga al IV

Incapacidad. Siga al V

ESRD. Siga al VI

Sección IV Edad

1. ¿Actualmente esta empleado el paciente?

Sí;

Nombre y Dirección del Propietario:

No. Fecha de Jubilación: _____

No. Nunca fue Empleado.

2. ¿Actualmente él conyugue del paciente trabaja?

Sí;

Nombre y Dirección del Propietario:

No. Fecha de Jubilación: _____

No. Nunca fue Empleado.

SI EL PACIENTE CONTESTÓ NO AL NÚMERO 1 Y 2, MEDICARE ES EL SEGURO PRINCIPAL *AMENOS* QUE EL PACIENTE CONTESTO SÍ A LAS PREGUNTAS EN LA SECCION I O II. NO CONTINUE.

3. ¿Actualmente el paciente tiene cobertura GHP basada en el estado de empleo suyo o de su conyugue?

Sí.

No PARE.

MEDICARE ES EL SEGURO PRINCIPAL *AMENOS* QUE EL PACIENTE CONTESTO SÍ A LAS PREGUNTAS EN LA SECCION I O II

4. ¿El propietario que patrocina el GHP del paciente emplea 20 o más personas?

Sí. PARE PLAN DE SALUD DE GRUPO ES PRINCIPAL.

OBTENGA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

Nombre y Dirección del GHP:

Número de identificación de la póliza _____

Número de identificación grupo _____

Nombre del poseedor de la póliza _____

Parentesco al paciente _____

No. PARE. MEDICARE ES EL SEGURO PRINCIPAL *AMENOS* QUE EL PACIENTE CONTESTO SÍ A LAS PREGUNTAS EN LA SECCION I O II

Sección V

Incapacidad

1. ¿Actualmente esta empleado?

Sí;

Nombre y Dirección del Propietario:

No. Fecha de Jubilación: _____

2. ¿Actualmente un pariente trabaja?

Sí.

Nombre y Dirección del Propietario:

No.

SI EL PACIENTE CONTESTÓ NO AL NÚMERO 1 Y 2, MEDICARE ES EL SEGURO PRINCIPAL *AMENOS* QUE EL PACIENTE CONTESTO SÍ A LAS PREGUNTAS EN LA SECCION I O II.
NO CONTINUE.

3. ¿Actualmente el paciente tiene cobertura GHP basado en el estado de empleo suyo o de su pariente?

Sí.

No PARE. MEDICARE ES EL SEGURO PRINCIPAL AMENOS QUE EL PACIENTE CONTESTO SÍ A LAS PREGUNTAS EN LA SECCION I O II

¿El propietario que patrocina el GHP del paciente emplea 100 o más personas?

Sí. PARE PLAN DE SALUD DE GRUPO ES PRINCIPAL.
OBTENGA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN.

Nombre y Dirección del GHP:

Número de identificación de la póliza _____

Número de identificación grupo _____

Nombre del poseedor de la póliza _____

Parentesco al paciente _____

No. PARE. MEDICARE ES EL SEGURO PRINCIPAL AMENOS QUE ÉL PACIENTE CONTESTO SÍ A LAS PREGUNTAS EN LA SECCION I O II

SECCION VI -ESRO

1. ¿Usted tiene plan de cobertura médica de grupo {GHP}?

Sí;

Nombre y Dirección del GHP:

Número de identificación de la póliza _____

Número de identificación grupo _____

Nombre del poseedor de la póliza _____

Parentesco al paciente _____

Nombre y Dirección del Propietario, si alguno si usted recibe cobertura GHP:

No. PARE. MEDICARE ES EL PRINCIPAL.

2. ¿Ha recibido trasplante de riñón?

sí: Fecha del Trasplante: _____

no.

3. ¿Ha recibido tratamientos de sostenimiento de diálisis?

sí: Fecha de comienzo de diálisis: _____

Si usted participó en un programa de entrenamiento en la administración propia de diálisis, provea la fecha del comienzo del entrenamiento: _____

4. ¿Esta dentro del periodo de coordinación de 30 días?

Sí;

No. PARE. MEDICARE ES EL PRINCIPAL.

5. ¿El paciente califica para el Medicare basado en ESRD y edad o ESRD y incapacidad?

Sí;

No. PARE. GHP CONTINUA A PAGAR EL PRINCIPAL DURANTE EL PERIODO DE 30 DIAS DE COORDINACIÓN.

6. ¿La calificación inicial del paciente al Medicare fue (incluyendo autorización simultanea) por ESRD?

Sí; PARE. GHP CONTINUA PAGAR EL PRINCIPAL DURANTE ÉL PERIODO DE COORDINACIÓN.

No. CALIFICACIÓN INICIAL FUE BASADA EN EDAD O INCAPACIDAD.

7. ¿Aplica la provisión por la edad trabajada o incapacidad MSP (ej. , La calificación del GHP principal fue basada en la edad o incapacidad)?

Sí; PARE. GHP CONTINUA PAGAR EL PRINCIPAL DURANTE ÉL PERIODO DE 30 DIAS DE COORDINACIÓN.

No. MEDICARE CONTINUA A PAGAR EL PRINCIPAL.