

Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) es la agencia federal que supervisa el programa de Medicare. Muchos beneficiarios de Medicare tienen otro seguro además de sus beneficios de Medicare. A veces, se supone que Medicare paga después del otro seguro. Sin embargo, si algunos otros seguros retrasan el pago, Medicare puede realizar un "pago condicional" para no incomodar al beneficiario y luego recuperarse después de que el otro seguro pague.

La Sección 111 de la Ley de Extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007 (MMSEA), una ley federal que entró en vigencia el 1 de enero de 2009 requiere que las aseguradoras de responsabilidad (incluidas las auto aseguradoras), las aseguradoras sin culpa y los informes de planes de compensación para trabajadores Información específica sobre los beneficiarios de Medicare que tienen otra cobertura de seguro. Este informe sirve para ayudar a CMS y otros planes de seguro a coordinar adecuadamente el pago de los beneficios entre los planes para que sus reclamaciones se paguen de manera rápida y correcta.

Le pedimos que responda las siguientes preguntas para que podamos cumplir con esta ley.

Revise esta foto de la tarjeta de Medicare para determinar si tiene o alguna vez ha tenido, una tarjeta de Medicare similar.



## Sección I

¿Está actualmente o ha estado inscrito en Medicare Parte A o Parte B?													Si		No																		
En caso afirmativo, complete lo siguiente si no, continúe con la Sección II																																	
Nombre completo: (Por favor, imprima el nombre exactamente como aparece en su SSN o tarjeta de Medicare, si está disponible)																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td> </tr> </table>																																	
Número de Medicare										Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)				/		/																	
Número de Seguro social										-		-		<b>Genero</b>		Mujer		Hombre															

\*\* Nota: Si no se siente cómodo al proporcionar su Número de Seguro Social (SSN) completo, tiene la opción de proporcionar los últimos 5 dígitos de su SSN en la sección anterior.

## Sección II

Entiendo que la información solicitada es para ayudar a solicitar el acuerdo de seguro para coordinar con precisión los beneficios con Medicare y para cumplir con sus obligaciones de notificación obligatorias según la ley de Medicare.

Nombre del reclamante (Por favor imprenta)

Número de Medicare

Nombre de la persona que completa este formulario si el reclamante no puede (por favor imprenta)

Firma de la persona que completa este formulario

Fecha

*Si ha completado las Secciones I y II anteriores, termine aquí. Si se niega a proporcionar la información solicitada en las Secciones I y II continúe con la Sección III.*

## Sección III

Nombre del reclamante (Por favor imprenta)

Número de Medicare

Por los motivos que se enumeran a continuación, no he proporcionado la información solicitada. Entiendo que si soy un beneficiario de Medicare y no proporciono la información solicitada, puedo estar violando las obligaciones como beneficiario para ayudar a Medicare a coordinar los beneficios para pagar mis reclamos de manera correcta y puntual.

Motivo (s) de la negativa a proporcionar la información solicitada:

Firma de la persona que completa este formulario

Fecha