



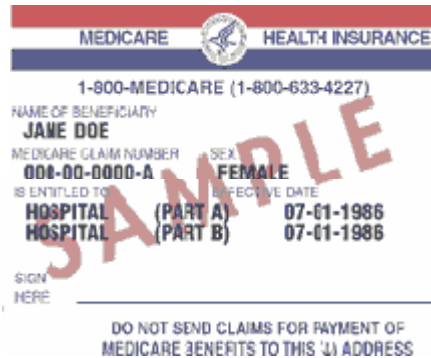


Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) son la agencia federal que supervisa el programa de Medicare. Muchos beneficiarios de Medicare tienen otro seguro además de sus beneficios de Medicare. A veces, Medicare debe pagar después que el otro seguro. Sin embargo, si el otro seguro retrasa el pago, Medicare puede realizar un "pago condicional" para no generar inconvenientes al beneficiario y cobrar después de que pague el otro seguro.

La sección 111 de la Ley de extensión de Medicare, Medicaid y SCHIP de 2007, MMSEA (*Medicare, Medicaid and SCHIP Extension Act of 2007*), una nueva ley federal que entró en vigor el 1 de enero de 2009, exige que las aseguradoras de responsabilidad civil (incluidas las autoaseguradoras), las aseguradoras con exención de culpabilidad (*no-fault*) y los planes de indemnización por accidentes de trabajo comuniquen información específica sobre los beneficiarios de Medicare que tienen otra cobertura de seguro. Esta información tiene como objetivo ayudar a los CMS y a otros planes de seguros a coordinar de manera adecuada el pago de los beneficios entre los planes para que sus reclamaciones se paguen en forma rápida y correcta.

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

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



**Sección I**

¿Está o alguna vez ha estado inscrito en la Parte A o B de Medicare?												<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No	
<i>En caso afirmativo, complete la siguiente información. En caso contrario, pase a la Sección II.</i>															
<b>Nombre completo:</b> <i>(Nombre en letra de imprenta exactamente como figura en su identificación del SS o Medicare si está disponible.)</i>															
Número de reclamación de Medicare:								Fecha de nacimiento (mes/día/año)				- -			
Número de Seguro Social <i>(Si el número de reclamación de Medicare no está disponible):</i>								-				Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			

**Sección II**

Entiendo que la información requerida es para facilitar el acuerdo del seguro solicitado a fin de coordinar de manera precisa los beneficios con Medicare y cumplir con sus obligaciones de información obligatoria en virtud de la ley de Medicare.

\_\_\_\_\_  
Nombre del reclamante (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Número de reclamación

\_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que completa este formulario, si el reclamante no puede hacerlo (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que completa este formulario

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Si ha completado las Secciones I y II, deténgase aquí. Si se niega a facilitar la información solicitada en las Secciones I y II, pase a la Sección III.*

**Sección III**

\_\_\_\_\_  
**Nombre del reclamante (en letra de imprenta) Número de reclamación**

Por la razón o razones indicadas a continuación, no he proporcionado la información solicitada. Entiendo que si soy beneficiario de Medicare y no facilito la información solicitada, es posible que no esté cumpliendo con mis obligaciones como beneficiario de ayudar a Medicare a coordinar los beneficios para pagar mis reclamaciones en forma correcta y oportuna.

**Razón o razones de la negativa a facilitar la información solicitada:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma de la persona que completa este formulario**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**



Obtenga información sobre su carta en [www.msprc.info](http://www.msprc.info)

### CONSENTIMIENTO DE DIVULGACIÓN

Por el presente, autorizo a los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS), sus agentes o contratistas a divulgar, mediante previa solicitud, la información relacionada con la lesión/enfermedad o con el acuerdo respecto a la fecha de la lesión a la(s) persona(s) o a la(s) empresa(s) indicadas a continuación:

MARQUE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- Abogado del demandante \_\_\_\_\_  
(Nombre o firma)
- Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
(Nombre o empresa)
- Otros \_\_\_\_\_  
(Explique) \_\_\_\_\_  
(Nombre o empresa)

¿Durante cuánto tiempo podemos divulgar la información? (Marque una opción)

En forma continua a partir del \_\_\_\_\_  
día/mes/año

Por tiempo limitado, desde el \_\_\_\_\_ hasta el \_\_\_\_\_  
día/mes/año                      día/mes/año

Solo una vez

\_\_\_\_\_  
Nombre del beneficiario (en letra de imprenta)                      Número de Medicare

\_\_\_\_\_  
Firma del beneficiario / reclamante                      Fecha de firma                      Fecha de la lesión

**Si su apoderado (POA) o representante legal firma este formulario en su nombre, deberá enviarnos una copia de su poder o documentos de representación junto con este formulario.**

Cumplimentación y firma de este formulario de consentimiento:

- Autoriza la divulgación de información a la persona arriba mencionada a petición suya. Esto significa que la información revelada a la persona indicada puede volver a ser revelada por ella y dejar de estar protegida por la ley.
- Permite la divulgación de reclamaciones de Medicare y otra información relacionada con su lesión/enfermedad.
- Solo tiene fines informativos y no afecta los beneficios a los que tiene derecho en virtud del Programa de Medicare.

Tiene derecho a revocar su autorización en cualquier momento por escrito, excepto en la medida en que CMS ya haya actuado basándose en su permiso. Para revocarla, envíe una solicitud por escrito a la dirección que se indica a continuación.

Contratista del pagador secundario de Medicare  
Post Office Box 33828, Detroit, MI 48232-5828 Fax: (734) 957-0998