





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