

Medicare Questionnaire

Our clinic uses this form to protect your privacy when asking Medicare Secondary Payer questions.

1. Are you receiving Black Lung (BL) benefits?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
2. Are the services paid by a government research program?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
3. Has the Department of Veterans Affairs (DVA) authorized and agreed to pay for your care at this facility?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
4. Was the illness / injury due to a work-related accident or condition?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
5. Was the illness / injury due to a non work-related accident?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
6. Are you entitled to Medicare based.... (Please check one)	<input type="radio"/> AGE	
	<input type="radio"/> AGE and End Stage Renal Disease (ESRD)*	
	<input type="radio"/> Disability*	
	<input type="radio"/> Disability and ESRD*	
	<input type="radio"/> ESRD *	
7. If YES to AGE, are you currently employed?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
8. If YES to AGE, is your spouse currently employed?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
9. If YES to DISABILITY, do you have group health based on you or your spouse's current employment?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
10. If YES to DISABILITY, are you covered under a group health plan of a family member other than your spouse?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO



Medicare Cuestionario

Nuestra clínica utiliza esta forma para proteger su privacidad cuando se hacen preguntas pagador secundario de Medicare.

1. ¿Está recibiendo beneficios Pulmón Negro (BL)?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
2. ¿Son los servicios pagados por un programa de investigación del gobierno?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
3. El Departamento de Asuntos de Veteranos (DVA) ha autorizado y acordó pagar por su atención en este establecimiento?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
4. Fue la enfermedad / lesión debido a un accidente o enfermedad relacionada con el trabajo?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
5. Fue la enfermedad / lesión debido a un accidente no relacionado con el trabajo?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
6. ¿Tiene derecho a Medicare basado en (Por favor marque uno)	<input type="radio"/> AGE	
	<input type="radio"/> AGE y enfermedad renal terminal (ESRD) *	
	<input type="radio"/> Discapacidad *	
	<input type="radio"/> Discapacidad y enfermedad renal terminal *	
	<input type="radio"/> ESRD *	
7. Si respondió afirmativamente a AGE, estás trabajando actualmente?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
8. En caso afirmativo a la edad, es su cónyuge trabaja actualmente?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
9. En caso afirmativo a la discapacidad, ¿tienes salud de grupo basado en que usted o el empleo actual de su cónyuge?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO
10. En caso afirmativo a la discapacidad, estás cubierto por un plan de salud de grupo de un miembro de la familia que no sea su cónyuge?	<input type="radio"/> SÍ	<input type="radio"/> NO

