

CMSP OTRO CUESTIONARIO SOBRE EL SEGURO MEDICO

Proporcione toda la información solicitada y envíe este formulario a su representante encargado de determinar su derecho a participar en el programa. **Adjunte una copia de su póliza de seguro, tarjeta de miembro o cualquier otro documento para poder completar este cuestionario.** ESCRIBA A MÁQUINA, O A MANO CON LETRA DE IMPRENTA. NO ABREVIÉ. COMPLETE ESTE FORMULARIO PARA CUALQUIER SEGURO MÉDICO, INCLUSO PLANES DE ASISTENCIA MÉDICA PREPAGADOS U ORGANIZACIONES PRIVADAS DE ASISTENCIA MÉDICA (HMO) O CAMPUS. EL NO INCLUIR OTRO SEGURO MÉDICO PUEDE PRODUCIR SOBREPAGOS O CESE DE SU DERECHO A PARTICIPAR EN CMSP.

Número del caso:	CIN:
------------------	------

Sección I: Liste por favor el nombre de la persona cubrió por otro seguro de enfermedad

Nombre (primero, medio, last)	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Sexo

Sección II: Información sobre el seguro médico (El Seguro 1)

Información sobre el seguro médico (El Seguro 2)

<p>1. ¿Cuál es el nombre y dirección de la compañía de su seguro medico? Include street number, city, state and ZIP. Do not use abbreviations.</p> <p>Nombre de Compañía: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, estado y código postal: _____</p>	<p>1. ¿Cuál es el nombre y dirección de la compañía de su seguro medico? Include street number, city, state and ZIP. Do not use abbreviations.</p> <p>Nombre de Compañía: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad, estado y código postal: _____</p>
<p>2. ¿Tiene usted que obtener servicios médicos en un centro específico o de un proveedor determinado? (PHP/HMO/PPO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>2. ¿Tiene usted que obtener servicios médicos en un centro específico o de un proveedor determinado? (PHP/HMO/PPO) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>3. ¿Cuál es el nombre completo, dirección, número telefónico y número de identificación de seguro del individuo, empleado, miembro sindical o persona a quien se emitió la póliza de seguro? Cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre Asegurado: _____</p> <p>Número de Seguro Identificación: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número telefónico: (_____) _____</p> <p>Ciudad, estado y código postal: _____</p>	<p>3. ¿Cuál es el nombre completo, dirección, número telefónico y número de identificación de seguro del individuo, empleado, miembro sindical o persona a quien se emitió la póliza de seguro? Cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Nombre Asegurado: _____</p> <p>Número de Seguro Identificación: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número telefónico: (_____) _____</p> <p>Ciudad, estado y código postal: _____</p>
<p>4. ¿Cuál es el número de la póliza?</p>	<p>4. ¿Cuál es el número de la póliza?</p>
<p>5. ¿Cuáles son las fechas de su póliza?</p> <p>Fecha inicial: _____ Fecha final(si corresponde): _____</p>	<p>5. ¿Cuáles son las fechas de su póliza?</p> <p>Fecha inicial: _____ Fecha final(si corresponde): _____</p>
<p>6. Incluya el nombre, dirección y número de teléfono del sindicato, empleador, grupo, organización o escuela a través del cual tiene usted la póliza de seguro.</p> <p>Agrupe Nombre: _____</p> <p>Número local o de grupo: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número telefónico: (_____) _____</p> <p>Ciudad, estado y código postal: _____</p>	<p>6. Incluya el nombre, dirección y número de teléfono del sindicato, empleador, grupo, organización o escuela a través del cual tiene usted la póliza de seguro.</p> <p>Agrupe Nombre: _____</p> <p>Número local o de grupo: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número telefónico: (_____) _____</p> <p>Ciudad, estado y código postal: _____</p>
<p>7. ¿Proporciona o paga su seguro médico las siguientes opciones? (indique lo que corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente externo de hospital (análisis de laboratorio o terapia física)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Asistencia a largo plazo o <i>nursing home</i></p> <p><input type="checkbox"/> Estancia en hospital <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Cuidado dental</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de la visión</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo enfermedad específica (como cáncer)</p> <p style="margin-left: 20px;">♦ Tipo de enfermedad: _____</p>	<p>7. ¿Proporciona o paga su seguro médico las siguientes opciones? (indique lo que corresponda):</p> <p><input type="checkbox"/> Paciente externo de hospital (análisis de laboratorio o terapia física)</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamentos recetados <input type="checkbox"/> Asistencia a largo plazo o <i>nursing home</i></p> <p><input type="checkbox"/> Estancia en hospital <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Cuidado dental</p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de la visión</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo enfermedad específica (como cáncer)</p> <p style="margin-left: 20px;">♦ Tipo de enfermedad: _____</p>

Sección III: Firma

Firma del solicitante:	Número telefónico del domicilio:	Fecha:
Firma de la persona que está ayudando al solicitante:	Número telefónico del domicilio:	Fecha:

La información que ha proporcionado es confidencial y sólo se podrá divulgar a ciertos individuos u organizaciones con el propósito exclusivo de administrar el CMSP. Esta información será utilizada por el *County Department* para establecer el derecho inicial y continuado de participar en CMSP, por el intermediario fiscal de CMSP con propósito de procesar reclamaciones, por CMSP Governing Board (junta reguladora del programa), Anthem Blue Cross, MedImpact, Doral Dental y VSP con propósito de administrar sus prestaciones y pagar reclamaciones, de realizar identificaciones para la asistencia médica y de tomar acción para la recuperación de pagos excesivos.