

## PETICIÓN DEL PACIENTE PARA PAGOS DEL PLAN IMPORTANTE — VEA AL DORSO PARA INSTRUCCIONES

POR FAVOR ESCRIBA A MAQUINA O CON LETRA DE IMPRENTA BENEFICIOS DE SEGURO MÉDICO DE LA LEY DE SEGURO SOCIAL

NOTA: Cualquiera que falsifique o provea información falsa en la información esencial requerida en este formulario está sujeto a una multa y prisión bajo la Ley Federal. No se pagará nada de los beneficios de Medicare Parte B a no ser que este formulario se reciba como requieren las regulaciones y leyes existentes (20 CFR 422.510).

1	Nombre del Beneficiario que Figura en la Tarjeta de Seguro De Salud (Apellido)                      (Nombre)                      (Segundo Nombre)	<b>ENVIE EL FORMULARIO COMPLETADO A:</b>  TRIPLE S ADVANTAGE PO BOX 11320 SAN JUAN PR 00922 - 1320  Si necesita información o ayuda, llámenos al número sin cargo: 1-888-620-1919 TTY: 1-866-620-2520
2	Número de Reclamación de la Tarjeta de Seguro de Salud _____	Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer

3	Dirección Postal del Paciente (Ciudad, Estado, Zona Postal) Marque aquí si esta es una dirección nueva → <input type="checkbox"/>	Número de Teléfono (Incluya el código de Área) (    —    —    )  —    —    —    —    —    —
	_____ (Calle o Apartado Postal — Incluya Número de Apartamento)	3b
	_____ (Ciudad)                                      (Estado)                                      (Zona)	

4	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%;">Código de diagnóstico</th> <th style="width: 35%;">Descripción</th> <th style="width: 15%;">Código de procedimiento</th> <th style="width: 30%;">Cantidad pagada</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Código de diagnóstico	Descripción	Código de procedimiento	Cantidad pagada	1					2					3					4					5					4b ¿Estaba la Condición Médica Relacionada con: A. El Empleo del Paciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No B. Un Accidente? <input type="checkbox"/> De Automóvil <input type="checkbox"/> Otro  4c ¿Recibía el paciente tratamiento de diálisis crónica del riñón, o le hicieron un trasplante del riñón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Código de diagnóstico	Descripción	Código de procedimiento	Cantidad pagada																												
1																																
2																																
3																																
4																																
5																																

5	a. ¿Está usted empleado y cubierto por un plan de seguro de salud para empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  b. ¿Está empleado su cónyuge y está usted cubierto por el plan de seguro de salud de su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  c. Si usted tiene otra protección médica aparte de Medicare, tales como seguro de salud privado, seguro relacionado con su empleo, Agencia del Estado (Medicaid), o la Administración de Veteranos (VA), llene lo siguiente: Nombre y Dirección de otra oficina de seguros, Agencia del Estado (Medicaid), o de la Administración de Veteranos	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 20px;">                     Póliza o Número de Asistencia Médica                 </div>
	Nombre del Asegurado: NOTA: Si usted no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea revelada, marque una (X) aquí → <input type="checkbox"/>	

Yo autorizo al poseedor de cualquier información médica o de otra índole que se refiera a mí a revelar dicha información a la Administración de Seguro Social y los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid o sus Intermediarios o Agencias de Seguro si es necesario para esta reclamación u otra reclamación relacionada con el Medicare. Yo autorizo a que una copia de esta autorización sea usada en lugar del original, y solicito pagos de seguro médico para mí.			
6	Firma del Paciente (Si no puede firmar, vea el encasillado s al dorso)	6b	Fecha en que Firmó

**¡IMPORTANTE!**

**ADJUNTE LOS RECIBOS DETALLADOS DE SU DOCTOR(ES) O PROVEEDOR(ES) AL FINAL DE ESTE FORMULARIO**

Triple-S Advantage es una organización de cuidado coordinado (HMO, por sus siglas en inglés) y de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés), con un contrato con Medicare, y con el Plan de Seguros de Salud del Gobierno de Puerto Rico (Medicaid). Triple-S Advantage es un concesionario independiente de la Blue Cross and Blue Shield Association. La afiliación a Triple-S Advantage depende de la renovación de contrato.

## COMO LLENAR EL FORMULARIO DE MEDICARE

### SIGA ESTAS INSTRUCCIONES CUIDADOSAMENTE

#### A. Cómo completar el formulario

- Encasillado 1. Escriba su nombre como aparece en su tarjeta de Medicare (Apellido, Nombre, Segundo Nombre).
- Encasillado 2. Escriba en letra de molde su Número de Reclamación del Seguro de Salud incluyendo la letra final exactamente como indica su tarjeta de del plan  
Marque el encasillado apropiado que indica el sexo del paciente.
- Encasillado 3. Escriba su dirección postal y su número de teléfono en el Encasillado 3 y 3b.
- Encasillado 4. Describa la enfermedad o lesión por la que recibió tratamiento. Marque el cuadrado apropiado en el Encasillado 4b y 4c.
- Encasillado 5a. Llene este Encasillado si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde trabaja actualmente.
- Encasillado 5b. Llene este Encasillado si tiene 65 años o más y está inscrito en un plan de seguro de salud donde trabaja su cónyuge actualmente.
- Encasillado 5c. Llene este Encasillado si tiene otra protección médica aparte de Medicare. Asegúrese de dar el Número de Póliza o Número de Asistencia Médica. Usted puede marcar el encasillado señalado si no quiere que la información de pagos en esta reclamación sea divulgada a su otro asegurador.
- Encasillado 6. Asegúrese de firma su nombre. Si no puede escribir su nombre, haga una cruz (X). En este su caso necesita también un testigo que firme y dé su dirección en el Encasillado 6.  
Si usted está llenando este formulario por otro paciente de Medicare, debe escribir (Por) y firmar el nombre y dirección de usted en el Encasillado 6. Usted también debe indicar su relación con el paciente y explicar brevemente por qué el paciente no puede firmar.
- Encasillado 6b. Escriba en letra de molde la fecha en que completó este formulario.

#### B. Cada cuenta detallada TIENE QUE tener toda la información que sigue:

- Fecha de cada servicio
- Lugar de cada servicio
  - Oficina del Doctor
  - Laboratorio Independiente
  - Hospital para Pacientes Externos
  - Asilo de Ancianos e Impedidos
  - Hogar del Paciente
  - Hospital para Pacientes Internos
- Descripción de cada operación o servicio médico, o artículos médicos provistos.
- Costo por CADA servicio.
- Nombre y dirección del doctor o del proveedor. Muchas veces una cuenta incluirá el nombre de varios doctores o proveedores. ES MUY IMPORTANTE QUE QUIEN LE HAYA TRATADO A USTED SEA IDENTIFICADO. Simplemente haga un círculo alrededor de nombre de él o ella en la cuenta.
- Nos ayuda si el diagnóstico está indicado. Si no es así, asegúrese de completar el Encasillado 4 de este formulario.
- Indique cualquier servicio por el que usted ya haya radicado una reclamación de Medicare.
- Si el paciente ha fallecido, por favor comuníquese con su oficina de Seguro Social para informarse de cómo radicar una reclamación.
- Adjunte el aviso Explicación de Beneficios del otro asegurador.

### COMPILACION Y USO DE LA INFORMACION DE MEDICARE

Nosotros estamos autorizados por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid para pedirle la información que se necesita para la administración del programa de Medicare. La autoridad para reunir información está en la sección 205(a), 1872 y 1875 de la Ley de Seguro Social enmendada.

La información que obtengamos para completar su reclamación de Medicare se usa para identificarle a usted y determinar su elegibilidad. También se usa para decidir si los servicios y artículos médicos que recibió están cubiertos por Medicare y asegurar que se efectúe el pago debido.

También se puede dar la información a otros proveedores de servicios, Agencias de Seguro Medicare intermediarios, juntas de revisión médicas y otras Organizaciones como es necesario para administrar el programa de Medicare. Por ejemplo, puede que se necesite revelar información a un hospital o doctor sobre los beneficios que usted ha usado.

Con una excepción, la cual se explica abajo, no hay penalidades bajo la Ley de Seguro Social por rehusar proveer información. Sin embargo, faltar en suplir información en referencia a los servicios médicos prestados o a la cantidad pagada puede prevenir el pago de la reclamación. Faltar en proveer cualquier otra información, tal como nombre o número de reclamación, puede atrasar el pago de la reclamación.

Es obligatorio que usted nos diga si ha recibido tratamiento por una lesión relacionada con el trabajo para que podamos determinar si la compensación del trabajador. La Sección 1877(a)(3) de la Ley de Seguro Social dicta pena criminal por retener esta información.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, no se le requiere a ninguna persona responder a una recopilación de información a menos de que presente un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El número de control válido de OMB para esta recopilación es 0938-0008. El tiempo requerido para completar esta recopilación de información es de 16 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, buscar datos existentes, acumular los datos necesarios, completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario relacionado a la precisión del tiempo estimado o sugerencias para mejorar este formulario, favor de escribir a: CMS, Attn: PRA Reports Clearance Officer, 7500 Security Boulevard, Baltimore, MD 21244-1850.