



## Cuestionario para buscar planes de Medicare

Instrucciones: Con el fin de proporcionar resultados precisos, es importante que responda a todas las preguntas.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

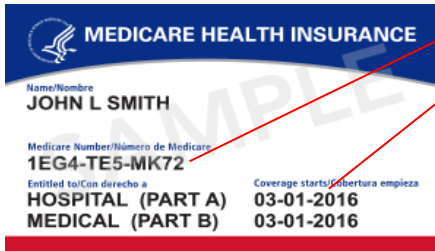
¿Come quiere recibir sus resultados?  Correo Electrónico  Correo Regular

¿Esta cubierto por cualquier otro seguro de recetas medicas?  Sí  No

**A traves de TRICARE for Life, VA, Gobierno, Union, o Seguros de su empresario:** Si tiene este tipo de cobertura, es mejor mantenelas. Comuníquese con su administrador de beneficios antes de hacer cualquier cambio.

¿Desea que sus medicamentos de Parte D sean  aparte o  cubiertos bajo su seguro de Medicare?

¿Cuál es su plan medico actual con la Parte D? \_\_\_\_\_



Su número de Medicare \_\_\_\_\_

Fecha efectiva de Parte A \_\_\_\_\_ Parte B \_\_\_\_\_

¿Recibe ayuda con los pagos de sus recetas?  Sí  No

Si no, verifique su elegibilidad y nos pondremos en contacto con Ud.

Es su ingreso bruto igual o menos de:

\$1581 (soltero/a) / \$2134 (casado/a)?  Sí  No

Enliste tres farmacias preferidas

*Si su farmacia no esta en la red de un plan médico si el plan médico no cubre su medicamento, verá el costo total del medicamento sin seguro.*

Nombre y dirección de la farmacia \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la farmacia \_\_\_\_\_

Nombre y dirección de la farmacia \_\_\_\_\_

¿Quiere un plan que ofrezca pedidos por correro?  Sí  No

¿Pasa más de 90 dias afuera del estado?  Sí  No

***Escriba sus medicamentos en el reverso.***

