

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 _____

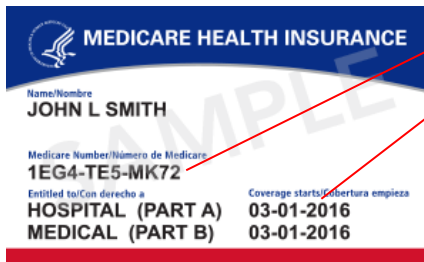
¿Come quiere recibir sus resultados? Correo Electrónico Correo Regular

¿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:

\$1,630 (soltero/a) / \$2,198 (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.

Este proyecto fue apoyado, en parte por el subsidio número 90SAPG0049, de la Administración de Estados Unidos para la Vida Comunitaria (ACL), Departamento de Salud y Servicios Humanos, Washington, DC 2020. Se alienta a los beneficiarios que emprendan proyectos bajo el patrocinio del gobierno a expresar libremente sus hallazgos y conclusiones. Los puntos de vista u opiniones no representan, por lo tanto, necesariamente la política oficial de ACL.

Cuestionario del buscador de planes de Medicare - continuación

Nombre del Medicamento	Concentración del medicamento	Forma de Medicamento	Dosis Diaria
Ejemplo: (Metormin Hcl)	(500 mg ER)	tableta, capsula, etc	(veces por dia)

Un maximo de 40 medicamentos con receta: no incluye medicamentos sin receta.

Por favor regrese esta forma a: **Pima Council on Aging, Attention Medicare**

600 S Country Club Rd, Tucson, AZ 85716

Phone: 520.790.7262 Fax: 520.790.7577

-
- ◆ Los resultados se limitarán a los 3 mejores planes que satisfagan sus especificaciones y se los enviaremos lo mas pronto
 - ◆ PCOA no recomienda ni respalda ningún plan o compañía que vende seguros de Medicare y no es responsable por los servicios prestados por estas compañías.
-

LIS Guideline effective 1/1/2021 Rev 09/2021