

Planilla de Información Personal Cobertura de Medicare para Recetas Médicas

La cobertura de Medicare para Recetas Médicas esta disponible para todas las personas con Medicare, sin importar su ingreso, estado de salud, o cómo pagan los medicamentos recetados actualmente. Las compañías de seguros y otras compañías privadas trabajan con Medicare para ofrecer estos planes de Medicare para recetas médicas. Los planes de Medicare ofrecen cobertura de seguro para medicamentos de marca y genéricos.

Los planes de Medicare para recetas médicas pueden variar con respecto a los medicamentos cubiertos y las farmacias que usted puede usar. Ahora es la oportunidad para evaluar su plan actual. ¿Este satisizo sus necesidades este año? Si usted no tiene un plan Medicare para recetas médicas, ahora es la oportunidad para revisar sus opciones de cobertura.

¿Cómo debo usar esta Planilla?

Comenzando el día 15 de noviembre, hasta el día 31 de diciembre, usted puede inscribirse o cambiar planes para el 2007. Usted puede comparar los planes disponibles en su área y escoger el que satisfaga sus necesidades. Si usted esta satisfecho con su plan actual, usted no necesita volver a inscribirse.

Use esta planilla para ayudarle a compilar toda la información que necesita para encontrar un plan de Medicare para recetas médicas que satisfaga sus necesidades. Sírvase incluir tanta información como le sea posible en esta hoja. Antes de llenar esta planilla, podría serle de utilidad juntar todos los frascos de medicinas recetadas que tenga, su tarjeta color rojo, blanco y azul de Medicare y cualesquiera otras tarjetas de seguro médico.

Si actualmente obtiene su cobertura para recetas médicas por medio de TRICARE (beneficios para militares retirados), el Departamento de Asuntos de Veteranos (beneficios de VA), o FEHBP (beneficios para empleados retirados del Gobierno Federal), casi siempre es mejor mantener esa cobertura actual y no hacerle cambios. Antes de hacer ningún cambio, usted debiera contactar a su administrador de beneficios para obtener información sobre sus beneficios actuales.

1. ¿Cuál es su Número de Reclamación de Medicare? →

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MEDICARE			HEALTH INSURANCE		
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)					
NAME OF BENEFICIARY					
JANE DOE					
MEDICARE CLAIM NUMBER			SEX		
000-00-0000-A			FEMALE		
IS ENTITLED TO			EFFECTIVE DATE		
HOSPITAL		(PART A)		07-01-1986	
MEDICAL		(PART B)		07-01-1986	
SIGN HERE → _____					

2. ¿Cuál es su nombre y apellido?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Apellido

Nombre

3. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

--	--	--	--	--	--	--	--

Mes

Día

Año

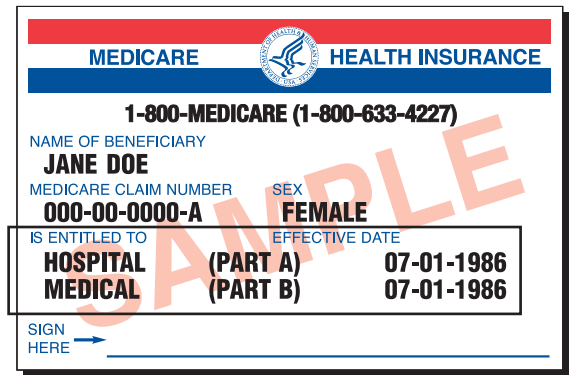
4. ¿Cuál es la fecha efectiva (fecha en que se inscribió por primera vez) de su Parte A de Medicare?

Mes		Día		Año			

Y

¿Cuál es la fecha efectiva (fecha en que se inscribió por primera vez) de su Parte B de Medicare?

Mes		Día		Año			



5. ¿Cuál es su Código Postal?

--	--	--	--	--	--

6. ¿En qué condado vive? _____

7. ¿Qué tipo de cobertura para recetas médicas tiene actualmente? (Marque todos los que apliquen)

- Plan de Medicare para recetas médicas
- Cobertura a través de un Plan de Salud de Medicare (como un HMO, PPO, Planes Privado de Pago-por-Servicio, o Plan de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare)
- Medicaid
- Cobertura a través del plan de salud de un empleador o sindicato de trabajadores
- Medigap (seguro suplementario a Medicare)
- Ninguna de las opciones mencionadas arriba
- No sé

Hay dos maneras de obtener la cobertura de medicamentos recetados:

1. Inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare

(a veces conocido como “PDP”), que añade esta cobertura a Medicare, a ciertos Planes de Costo de Medicare, algunos Planes Privados de Pago por Servicio (PFFS) y a los Planes de Cuenta de Ahorros Médicos de Medicare (MSA).

2. Inscribirse en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) u otro plan de salud de Medicare que incluya como parte del plan, la cobertura de recetas médicas

Usted recibirá todos los beneficios (Partes A y B) y la cobertura de medicamentos (Parte D) a través del plan. A veces a estos planes se les conoce como “MA-PD.”

8. ¿Está interesado en conocer más sobre la cobertura para medicamentos con recetas que tiene disponible por medio de

- Medicare Advantage u otros Planes de Salud de Medicare?
- Planes de Medicare para recetas médicas?
- Ambos?
- No sé

9. ¿Recibió una carta de Medicare o de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que le notificaron que califica, o que ha sido aprobado, para recibir ayuda adicional con los costos de su plan de Medicare para recetas médicas (primas, deducibles y costos de los medicamentos)?

- Sí, recibí una carta de Medicare*
- Sí, recibí una carta de la Administración del Seguro Social (SSA)*

**Si usted recibió una de estas dos cartas, por favor búsquela y guárdela con esta planilla. La necesitará para obtener información cuando escoja un plan para recetas médicas.*

- NO, no recibí ninguna carta
- No sé

10. ¿Cual es su estado civil?

- Casado — Viviendo juntos
- Casado — No viven juntos
- Soltero
- Divorciado
- Viudo/da
- Separados

Sus ahorros inversiones y los bienes inmuebles (exceptuando su casa) valen más que:

- \$12,510 si usted es soltero, o viudo/a, o su conyugue no vive con usted; o
- \$25,010 si usted es casado y viven juntos

Incluya artículos que posea solo, con su conyugue o con alguien más. No incluya su casa, vehículos, terrenos para sepulturas, o pertenencias personales.

- Sí
- NO*
- No sé

** Si contestó “No”, quizás califique para recibir ayuda adicional para pagar el costo de sus medicamentos con receta. Para mas información, visite el sitio Web www.ssa.gov de la Administración del Seguro Social o llámeles al 1-800-772-1213.*

11. ¿Qué medicamentos está tomando actualmente? (Por favor también indique la dosis, la frecuencia con que los toma cada mes y su costo mensual.)

Nombre del medicamento	Dosis	Cantidad en 30 días	Costo mensual

12. ¿Tiene una farmacia preferida?

- SÍ
- NO

Si contestó sí, por favor provea el nombre y la dirección de su farmacia preferida

Nombre de la farmacia _____

Numero y Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿Qué debo hacer una vez llenada mi planilla?

Una vez que llene esta planilla, puede usarla para encontrar un plan de Medicare para recetas médicas que satisfaga sus necesidades. Lleve esta planilla con usted cuando:

- **Se entreviste con un consejero**, tal como uno del Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (SHIP) o alguien en su centro local de servicios para personas mayores;
- **Visite el sitio internet *www.medicare.gov***; o
- **Llame gratis a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)** (los usuarios de teletipo – TTY – deben llamar al 1-877-486-2048) para hablar con un Representante de Servicio al Cliente.