



Medicare Parte D Cobertura de Medicamentos

1-877-801-0044
www.tnmedicarehelp.com

Fecha: ___/___/_____

El siguiente cuestionario contiene toda la información que necesitan el personal y los voluntarios de SHIP para poder preparar un reporte de comparación. Cuando lo haya llenado/terminado, por favor tome esta forma a un sitio local de consejería o mándelo por correo a 'SHIP, 1255 S. Willow Ave., Cookeville, TN 38506.' Recibirá un reporte personalizado con los tres planes más apropiados para usted.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/_____
(Por favor, escriba el nombre que está en su tarjeta de Medicare)

Dirección: _____
(Por favor, escriba la dirección que SSA ya tiene.)

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Condado: _____

SSN Si es diferente que su número de Medicare: _____ - _____ - _____

Correo Electrónico : _____

¿Cuál es su número de Petición?

--	--	--	--

Fecha de entrada en vigor para la Parte A

--	--	--

Fecha de entrada en vigor para la Parte B

--	--	--



¿Tiene cobertura de Medicamentos? Sí No
Por favor, marque todas las opciones que apliquen:

- El plan de Medicare Parte D (Nombre) _____
- El plan de Medicare Advantage (Nombre) _____
- Medicaid
- Seguro de Empleador/Sindicato
- Plan de Salud para Empleados Federal
- TRICARE for Life
- Administración de Veteranos
- El Suplemento de Medigap/Medicare
- Otro _____ (pensión de jubilación , privado, etc.)

Quiero más información sobre la cobertura de medicamentos disponible por Medicare:

- Cobertura de Medicamentos — Medicare Parte D** - Este programa es para la cobertura de las recetas medicas. Puede tener este plan y tambien su plan de Medicare y su seguro suplementario de Medicare.
- Planes de Medicare Advantage** —Cobertura de hospital, cuidado de salud y medicamentos recetados. Ahi posible restricciones de los proveedores.
- Ambos**

Ha solicitado asistencia para Ayuda Adicional.? Si No

Le gustaría la ayuda de SHIP para aplicar para Ayuda Adicional? Si No

Prefiere planes con:

- Deducible Máximo (A veces los planes con deducibles son la más barato por año.)**
- Deducible reducidos o No deducible**
- No importa**

Información de su farmacia y sus medicamentos

Por favor, escriba los nombres de sus medicamentos . Puede incluir un papel de la farmacia.

Nombre de su farmacia: _____

Prefiere recibir los medicamentos por correo? Sí No

Nombre de Medicamento	Dosificación	Cantidad por Mes
<i>Ejemplo: simvastatin</i>	<i>Ejemplo: 20 mg.</i>	<i>Ejemplo: 60 por mes or dos por dia</i>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		

Cuando firme esta forma, usted entiende que el personal y los voluntarios de SHIP/SMP provén asistencia basado en la información que el beneficiario o su representante autorizado proporcionaron. El personal y los voluntarios de SHIP/SMP solamente cambian la cobertura cuando el beneficiario o su representante autorizado dan permisión por instrucciones verbales, escritos o electrónicos. Firme aquí: _____

Drug ID: _____ Password Date: _____
(Office use only)