



Fecha: ___/___/___

Medicare Parte D Cobertura de Medicamentos

1-877-801-0044

www.tnmedicarehelp.com

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 **TN SHIP, Andrew Jackson Building, 502 Deaderick Street, 9th Floor, Nashville, TN 37243**. Puede también mandar la forma por fax al (615) 741-3309. Recibirá un reporte personalizado con los tres planes más apropiados para usted. TN SHIP no promueve ningún plan de Medicare Advantage o plan de Medicina de la Parte D.

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: _____

Correo Electrónico : _____

¿Cuál es su número de Petición?

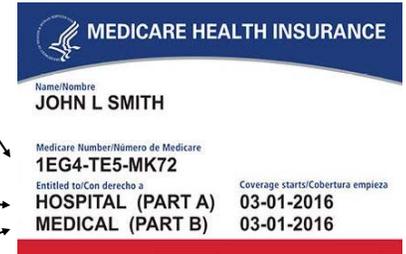
--	--	--	--

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.)

