



HEALTH INSURANCE COUNSELING
AND ADVOCACY PROGRAM

25-26 Office Use Only:

Preliminary:

SHARP _____

Search _____

Final:

Search _____

SHARP _____

QA review by: _____

Planilla para la búsqueda de plan de medicamentos de Medicare Parte D

El Programa de Consejería y Defensa de Seguros Médicos (HICAP, por sus siglas en inglés), un programa de la Comisión de la Costa Central para Personas Mayores, puede ayudarlo con una búsqueda para un plan de medicamentos para la Parte D de Medicare. La información proporcionada es del sitio web de Medicare, www.medicare.gov y puede ayudarlo a encontrar un plan que se adapte a sus necesidades, así como proporcionar información de inscripción. **Si no puede comunicarse con nosotros, llame al 1-800-MEDICARE/1-800-633-4227 para obtener más ayuda.**

Por favor, devuelva el formulario completado a:

HICAP

528 S Broadway, Santa Maria, CA 93454

Una versión electrónica de este formulario está disponible en www.centralcoastseniors.org

¡Por favor escriba claramente!

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____ Ciudad _____ Zip _____

Dirección de correo electrónico _____ Fecha de nacimiento _____

HICAP está comprometido con su privacidad al enviar información de forma segura

Teléfono _____ Teléfono alternativo _____

Necesario para aclarar los detalles si es necesario

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

Los servicios de consejería HICAP son proporcionados por consejeros registrados por el Departamento de Envejecimiento de California que están actuando de buena fe para proporcionar información sobre las pólizas de seguro de salud y beneficios al cliente. Esta información no se interpretará como asesoramiento legal y los consejeros generalmente no son responsables de actos u omisiones en la prestación de asesoramiento a los destinatarios de este servicio, Código de Bienestar e Instituciones, Sección 9541 (f). HICAP está proporcionando información sobre los planes de medicamentos de la Parte D de Medicare como un servicio a los beneficiarios de Medicare. No es un respaldo de ningún plan o empresa en particular. **La selección final de si inscribirse en un plan o la elección del plan es responsabilidad del afiliado.**

This project was supported, in part, by grant number 90-SAPG0094-04 from the U.S. Administration for Community Living, Department of Health and Human Services, Washington D.C. 20201. Grantees undertaking projects under government sponsorship are encouraged to express freely their findings and conclusions. Points of view or opinions do not, therefore, necessarily represent official Administration for Community Living policy.

¿Está completando esta planilla solo? ☐ Sí ☐ No

Si no, su Nombre _____ Relación _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

BENEFICIOS DE MEDICARE – ¡**IMPORTANTE!**

¿Cuáles de las siguientes razones lo califican para cambiarse o inscribirse al plan de medicación Medicare Parte D?

- ☐ Recientemente inscripto o planeo inscribirme a Medicare Parte A y/o Parte B
Fecha de vigencia de Parte A _____ Fecha de vigencia de Parte B _____
- ☐ Período de inscripción abierta anual (15 de octubre – 7 de diciembre)
- ☐ Período de inscripción abierta para Medicare Advantage (1 de enero – 31 de marzo)
- ☐ Recientemente mudado a la zona
- ☐ **Medi-Cal** – sin Costo Compartido (***“Share of Cost”***) o Ayuda Adicional (***“Extra Help”***)
- ☐ Pérdida de plan de salud por parte del empleador, plan de jubilación u otra cobertura acreditable

INFORMACIÓN DE SU SEGURO CORRIENTE

1. ¿En qué tipo de plan de medicamentos está usted inscripto actualmente?

- ☐ Medicare Original Parte D
Nombre de la compañía de seguro _____
- ☐ Plan Advantage de Medicare con cobertura de medicamentos
Nombre de la compañía de seguro _____
- ☐ Ninguno

2. ¿Quiere que se incluya su plan actual de medicamentos Medicare Parte D en su búsqueda de medicinas?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Solo si es uno de los tres (3) planes más baratos

La legislación de California requiere que HICAP ofrezca la oportunidad de responder a lo siguiente: Por favor, circule la respuesta que mejor se adapte a usted.

1. Estado civil: ☐ Pareja ☐ doméstica ☐ divorciada ☐ casada ☐ soltera (nunca casada) ☐ Viuda ☐ Rechazo declarar
2. Veterano: ☐ No ☐ Sí
3. Idioma principal: _____
4. Raza: _____
5. Etnia: ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/Latino ☐ Rechazo declarar
6. Género: ☐ Género ☐ femenino/Género no binario ☐ masculino ☐ no listado, por favor especifique
☐ Transgénero Femenino a Masculino ☐ Transgénero Hombre a Mujer ☐ Rechazo declarar
7. ¿Cómo describe su orientación/identidad sexual: ☐ Heterosexual ☐ Heterosexual/Heterosexual
☐ Gay/Lesbiana/Pregunta amorosa del mismo sexo/No seguro ☐ Rechazo declarar
☐ No Listed, arrendamiento especificar _____
8. ¿Cuál fue su sexo al nacer: ☐ Mujer ☐ Masculina ☐ Rechazo declarar

PLAN PREFERIDO DE MEDICAMENTOS CON RECETA

- ☐ Plan de Medicamentos con receta Medicare Original Parte D
☐ Plan Advantage de Medicare que incluye un plan de Medicamentos con receta

MEDICAMENTOS RECETADOS - ¡IMPORTANTE! Por favor complete cada casilla!

Cápsulas, tabletas – No incluya medicamentos de venta libre

Nombre de Medicina	Dosis	Frecuencia	Tipo	Recarga	Generica?
<i>Ejemplo: Atorvastatina</i>	<i>10 mcg, 10 mg</i>	<i>Diario, semanal, mensual</i>	<i>Cápsula, tableta</i>	<i>30 días, 90 días</i>	<i>S/N</i>

Cremas, inhaladores, inyectables, parches, soluciones

Nombre de Medicina	Dosis	Tamaño de botellas, tubos, inhaladores	¿Cuántas compras por un mes?	Generica?
<i>Ejemplo: Humalog</i>	<i>Unidad/ml pluma o vial, polvo, ungüento, % desoluciones o cremas, gotas</i>	<i>5 ml/pluma o vial, 5 gm/tubo 5 ml/frasco, 18 gm/inhalador 3 bolígrafos/pack</i>	<i>1 tubo, 1 inhalador, 1 caja de 60 aerosoles, 1 caja de 5 plumas de insulina</i>	<i>S/N</i>

INFORMACIÓN DE FARMACIA - ¡IMPORTANTE!

Haga una lista de 2 farmacias donde surte sus recetas. El pedido por correo también se incluirá.

1st Farmacia _____ Ciudad _____

2nd Farmacia _____ Ciudad _____

Health Insurance Counseling & Advocacy Program
528 S Broadway
Santa Maria, CA 93454

Doblar, sellar, fijar sello

INFORMACIÓN DE COSTOS

La información proporcionada por HICAP desde el sitio web de Medicare, www.medicare.gov es aproximada.

Confirme los costos cuando se comuniquen con el plan para inscribirse.

PLANIFICACIÓN PARA EL PRÓXIMO AÑO

Los costos del plan de medicamentos de la Parte D de Medicare, los formularios de medicamentos y los detalles de la cobertura cambian de año en año. HICAP recomienda revisar su plan de medicamentos de la Parte D de Medicare anualmente entre **el 15 de octubre** y **el 7 de diciembre**. El plan de medicamentos de la Parte D de Medicare que elija entrará en vigencia el 1 de enero y usted está contratado por el resto del año calendario.

- ¿TE ATENDIÓ HICAP el año pasado? ☐ Sí ☐ No
- ¿Le gustaría que HICAP le recuerde y lo ayude el próximo año a revisar y buscar un plan de medicamentos apropiado de la Parte D de Medicare? ☐ Sí ☐ No
- ¿Desea que HICAP envíe por correo electrónico actualizaciones e información periódicas de Medicare? ☐ Sí ☐ No