

¿Usted recibió una carta de Medicare o del Seguro Social (SSA) que diga que usted es elegible o califica para ayuda extra para pagar sus medicinas en Medicare? < Si < No
Sí, ¿Cuánta ayuda recibirá? _____ %

¿Le asistió HICAP el año pasado con su plan de medicinas de Medicare? < Si < No
Si fue así, ¿Usted recuerda el número de ID de su plan del año pasado? ID # _____
(Situado, arriba a la mano derecha de la primera página del resultado que le enviamos)

¿Cómo le gustaría recibir la cobertura de sus medicinas con receta médica?

< Un plan de medicinas de Medicare (solo cobertura de las medicinas) o

< Un plan de salud de Medicare (como HMOs o PPOs) que incluye medicinas y cobertura de salud

¿Qué tipo o cantidad del deducible está buscando en su plan de medicinas?

< Un deducible anual máximo.

< Un deducible anual reducido o cero.

Por favor provéanos con información acerca de sus medicinas y farmacia. Si su medicina es un aerosol, crema, gotas para el ojo, estime cuantas unidades (tubo, inyección, etc.) es usado por mes o cada tres meses.

Nombre de la medicina	fuerza	Dosaje
<i>Ejemplo: Lipitor</i>	<i>Ejemplo: 10 mg.</i>	<i>Ejemplo: dos al día</i>

¿Usted desea genéricos, si hay disponible, en vez de marca registrada? < Yes < No
Yo prefiero recibir mis medicinas en ésta farmacia(s)

< Yo puedo usar diferente farmacia.

< Yo prefiero usar órdenes por correo.

< Yo vivo en una facilidad de cuidados se largo plazo.

Health Insurance Counseling & Advocacy Program

528 South Broadway, Santa Maria, CA 93454

805-928-5663 or 1-800-434-0222 Fax 805-925-9555