



LOCAL HELP FOR PEOPLE WITH MEDICARE



Free Service to Senior Citizens & Disabled Medicare Beneficiaries

21-22 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 ingles), 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 usted tiene CalPERS, FEHBP, Tricare, VA, un plan de jubilación u otra cobertura de salud que incluya cobertura de medicamentos recetados 'acreditable', es posible que no necesite inscribirse en la Parte D.

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

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) (4). 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.**

Este proyecto fue apoyado, en parte por el número de subvención 90SAPG0094-02-00, de la Administración para la Vida Comunitaria (ACL), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), Washington, D.C. 20201. Se alienta a los concesionarios que emprendan proyectos bajo el patrocinio del gobierno a expresar libremente sus conclusiones y conclusiones. Los puntos de vista u opiniones no representan, por lo tanto, necesariamente la Política oficial de ACL.

¿Está completando esta planilla solo? Sí No

Si no, su Nombre _____ Relación _____

Número de teléfono _____ Correo electrónico _____

Office Use Only:

Client No _____

BENEFICIOS DE MEDICARE

1. ¿En qué tipo de plan de medicación está usted inscripto actualmente?
- Medicare Original Parte D Plan Advantage de Medicare con cobertura de medicación
 Ninguno

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

Marque todas las que corresponden

- 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 – beneficio total con ningún “Costo Compartido” (“Share of Cost”) (Medi-Medi)
- Subsidio de bajos ingresos (Ayuda extra) – califica para los beneficios
- Recibir el beneficio completo de Ayuda Extra
- Recibir el beneficio parcial de Ayuda Extra. ¿Qué porcentaje paga? _____
- Reciente pérdida de los beneficios del subsidio de bajos ingresos. (Ayuda Extra)
- Pérdida de plan de salud de parte del empleador, plan de jubilación u otra cobertura acreditable

3. ¿Está actualmente inscripto en un plan de medicación Medicare Parte D? Sí No

Si contesta sí: Nombre de la compañía de seguro _____

Nombre del plan si aparece en la tarjeta de la medicina recetada _____

4. ¿Quiere que se incluya su plan de medicación Medicare Parte D actual a su búsqueda de medicación?

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

(OPTIONAL) 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.

Estado civil: Pareja doméstica divorciada casada nunca casada soltera (nunca casada) Viuda rechazada para declarar

Veterano: N/A No Sí

Idioma principal: _____ Carrera: _____ Rechazado a declarar

Etnia: Hispano/Latino No Hispano/Latino Declinado a declarar

Género: Género femenino/Género no binario masculino no listado, por favor especifique _____

Transgénero Femenino a Masculino Transgénero Hombrea Mujer Rechazado a declarar

¿Cómo describe su orientación/identidad sexual: Heterosexual Heterosexual/Heterosexual

Gay/Lesbiana/Pregunta amorosa del mismo sexo/No seguro No Listed, pcontrato de arrendamientoespecificar _____ Rechazado a declarar

¿Cuál fue su sexo al nacer: Mujer Masculina Declinada para declarar

PLAN DE TIPO DE MEDICACIÓN CON RECETA PREFERIDA

- Plan de Medicación con receta Medicare Original Parte D
- Plan Advantage de Medicare que incluye un plan de Medicación con receta
- Considera cambiarse de Medicare Original al Plan Medicare Advantage
- Considera volver del Plan Medicare Advantage a Medicare Original

MEDICACIÓN CON RECETA

A continuación, complete con la información de su medicación con receta

Cápsulas, tableta

Nombre de la medicación	Concentración <i>Por ejemplo: 10 mg</i>	Dosis <i>Por ejemplo: diaria, dos veces por día,</i>	Tipo <i>Por ejemplo: capsula, pastilla</i>	Cantidad <i>Por ejemplo: 30 días, 90 días</i>	¿Posible usar genérico? <i>Sí, No</i>

Cremas, gotas, inhaladores, inyectables, parches

Nombre de la medicación	Dosis	Paquete <i>i.e. 5ml/pen, .5 ml/vial 18 gm/inhaler, .5 gm/tube</i>	Cantidad <i>Por ejemplo: 30 días, 90 días</i>	¿Posible usar genérico? <i>Sí, No</i>

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Mencione el nombre, ubicación y ciudad de dos farmacias locales. El plan búsqueda de medicación Medicare Parte D compara varias farmacias locales y puede comprar por correo.

Nombre de la farmacia _____ Ciudad _____

Nombre de la farmacia _____ Ciudad _____

Afijo

Sello de primera clase

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

Doblar, cinta cerrada y 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 ponga en contacto con el plan para inscribirse.

Si su ingreso bruto ajustado modificado anual excede \$87,000 (individuos) y \$174,000 (parejas), es posible que deba pagar un monto de ajuste mensual relacionado con los ingresos (IRMAA) además de su prima mensual del plan de medicamentos de la Parte D de Medicare. Esta cantidad adicional se paga directamente a Medicare, no a su plan de medicamentos y no está incluida en los resultados de búsqueda proporcionados por HICAP.

PLANIFICACIÓN PARA EL PRÓXIMO AÑO

Los costos del plan de medicamentos de la Parte D de Medicare y los detalles de la cobertura cambian anualmente. Los formularios de medicamentos también cambian de un año a otro. 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 entra en vigor 1^{de} enero y usted está contratado para el resto del año calendario.

- ¿HICAP completó una búsqueda del plan de medicamentos de la Parte D de Medicare para usted el año pasado?
 Sí No
- ¿Le gustaría que HICAP le recordara y le ayudara el próximo año con la revisión y búsqueda de un plan apropiado Medicare Parte D de medicamentos? Sí No
- ¿Desea que HICAP envíe por correo electrónico actualizaciones e información periódicas de Medicare?
 Sí No

Devuelva esta hoja o complétela por computador al www.CentralCoastSeniors.org