



AREA AGENCY ON AGING
REGION ONE, INCORPORATED



SHIP
State Health Insurance
Assistance Program

Navigating Medicare



SMP
Senior Medicare Patrol

Preventing Medicare Fraud

2024

CUESTIONARIO DE CONSULTA PARA MEDICARE

Puede obtener ayuda mejorada con sus opciones creando una Cuenta de Medicare.gov:

Medicare está mejorando y modernizándose con el nuevo Buscador de Planes de Medicare, la herramienta que el Programa SHIP de Asistencia de Beneficios en la Area Agency on Aging usa para comparar planes para sus Medicaciones Recetadas y Planes de Medicare Advantage.

Para proveer una comparación de planes personalizada necesitará crear una cuenta en **Medicare.gov**. El objetivo es proveer una experiencia continua y transparente para ayudarlo a obtener la información que usted necesita para hacer buenas decisiones en su cuidado de salud.

<p>Ya tiene una cuenta en Medicare.gov</p> <p>Nombre de Usuario: _____</p> <p>Contraseña: _____</p> <p><i>Esta información será usada para completar su comparación de planes de Medicamentos o Advantage en el 2024.</i></p>	<p>¿No tiene una cuenta de Medicare.gov?</p> <p>Para crear una cuenta en MyMedicare.gov haga un clic en "Inicia sesión o crea una cuenta" o su consejero de SHIP lo puede ayudar a crear una cuenta.</p> <p><i>Para una comparación de planes personalizada usted tendrá que crear una cuenta.</i></p>
<p>Autorización: Yo autorizo al Programa SHIP de Asistencia de Beneficios de Medicare usar mi cuenta en Medicare.gov para completar mi comparación de planes en el 2024.</p> <p>Firma: _____ Date: _____</p>	

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Sexo: H M Nombre de su consejero: _____

Por Favor provea su número de Medicare exactamente como aparece en la tarjeta roja, blanca y azul que usted recibió del Seguro Social:

Numero de Medicare:

_____ - _____ - _____

Part A: _____ - _____ - _____

Part B: _____ - _____ - _____



¿Casado? Sí No Ingreso Mensual Bruto del Hogar (antes de deducciones): \$ _____

Tiene recursos por más de \$16,660 como soltero/a o \$33,240 si está casado/a Si _____ No _____

Quiere una comparación de: Plan de Medicamentos o un Plan Advantage

Farmacia preferida #1? _____ Farmacia preferida #2? _____

Instrucciones: Provea el **NOMBRE COMPLETO** de cada medicación, incluyendo sufijos tales como Hcl, ER, SR, HFA etc., Indique si su medicamento es tableta, cápsula, crema, inhalador etc.

	Nombre del Medicamento <i>Ejemplo: Metformin Hcl</i>	Tableta, Capsula, etc.	Fuerza (10 mg)	Dosis por día
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

Los resultados serán enviados a usted en un término de 10 días laborales. Por favor indique como quiere recibir sus resultados: Correo electrónico Correo regular

La información incluirá los 3 planes que cubren sus necesidades de cuidado médico específicas.