

HICAP

Hoja de Cálculo del Buscador de Planes de Medicamentos Recetados de Medicare Medicare Prescription Drug Plan Finder Worksheet

Para obtener mejores resultados, responda todas las preguntas con tinta azul o negra y escriba cuidadosamente en letra de molde:

For best results, please answer all questions in blue or black ink and print carefully:

Nombre/Name: _____ Fecha de nacimiento/Birthdate: _____

Dirección/Address: _____

Ciudad/City: _____ Código postal/Zip Code: _____

N.º de Medicare/Medicare #: _____

Fechas de entrada en vigencia de la cobertura de Medicare/Effective Dates of Medicare Coverage:

Parte A/Part A: _____ Parte B/Part B: _____

Teléfono preferido/Preferred phone: _____ Teléfono alternativo/Alternate phone: _____

Mejor hora para llamar/Best time to call: _____

¿Cuenta actualmente con Medi-Cal?/Do you currently have Medi-Cal? Sí/Yes _____ No/No _____

¿Algún costo compartido de Medi-Cal?/Any Medi-Cal Share of Cost? \$ _____

¿Tiene un plan de medicamentos aparte?/Do you have a separate drug plan?

Nombre del plan/Plan Name: _____

¿Tiene un Plan Medicare Advantage (HMO)?/Do you have a Medicare Advantage Plan (HMO)?

Nombre del plan/Plan Name: _____

¿Tiene alguno de los siguientes (marque todas las opciones que correspondan)?/Do you have (check any that may apply): Plan Medigap/Medigap Plan Cobertura de jubilado/Retiree Coverage

TriCare for Life Cobertura de salud grupal del empleador/Employer Group Health Coverage

Beneficios de salud para empleados federales/Federal Employee Health Benefits

Beneficios de atención médica para veteranos/VA health care benefits

¿Tiene Extra Help (subsidio por bajos ingresos) para los costos de sus medicamentos recetados?/Do you have Extra Help (Low Income Subsidy) for prescription drug costs? Sí/Yes _____ No/No _____

Si piensa que podría ser elegible para Extra Help con base en sus ingresos, podemos ayudarle a solicitarlo. / If you think you might be eligible for Extra Help based on your income, we can help you apply.

- ¿Su ingreso bruto total mensual (antes de todas las deducciones de sus cheques)/Is your total gross monthly income (before any deductions from your checks):
-Es menor o igual a \$1518 para un individuo O \$2058 para una pareja?/Less than or equal to \$1518 for single OR \$2058 for a couple? Sí/Yes _____ No/No _____
- ¿Sus activos (ahorros, acciones, bonos, etc.)/your assets (savings, stocks, bonds, etc.)
-Son menores o iguales a \$14,100 para un individuo O \$28,150 para una pareja?/Less than or equal to \$14,100 for single OR \$28,150 for a couple? Sí/Yes _____ No/No _____

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN DEL HICAP/HICAP DISCLOSURE STATEMENT:
(escriba sus iniciales después de leer/Please initial after reading: _____)

Los servicios de asesoría del Programa de Asistencia y Asesoramiento de Seguros Médicos (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) se ofrecen a través de asesores capacitados, registrados en el Departamento de Servicios para Ancianos de California, quienes actúan de buena fe para proporcionar información independiente e imparcial sobre las pólizas y los beneficios de seguros médicos para los clientes. Los asesores no venden ningún tipo de cobertura de atención médica. No apoyan ni recomiendan un plan o una póliza en particular. **Ninguna información presentada por los voluntarios del HICAP debe considerarse un consejo legal**, y los voluntarios no son responsables de actos u omisiones al proporcionar asesoría a quienes reciben el servicio.

HICAP counseling services are provided by trained counselors, registered by the California Department of Aging, who are acting in good faith to provide independent, impartial information about health insurance policies and benefits to clients. Counselors do not sell any type of health care coverage. They do not endorse or recommend any specific plan or policy. **Any information presented by HICAP volunteers should not be construed to be legal advice**, and volunteers are not liable for acts and omissions in providing counseling to recipients of service.

COBERTURA ACTUAL DE MEDICAMENTOS RECETADOS/CURRENT PRESCRIPTION DRUG COVERAGE

- Enumere todos los medicamentos recetados, incluidas las dosis y la frecuencia. Escriba cuidadosamente en letra de molde. / Please list all your prescription drugs, including dosages and frequency. Print carefully.
- Los medicamentos genéricos le ahorrarán dinero. ¿Quiere considerar los medicamentos genéricos?/Generic drugs will save you money. Do you want to consider generic drugs?
Sí/Yes _____ No/No _____
- Nombre y dirección de su farmacia preferida/Name and address of your preferred pharmacy: _____
- Marque sus preferencias/Check preferences: :
Resurtidos mensuales/Refills monthly _____ Resurtidos cada 90 días/90-day refills _____
Pedido por correo/Mail order _____

NOMBRE COMPLETO DEL MEDICAMENTO/COMPLETE NAME OF DRUG	DOSIS/DOSAGE	FRECUENCIA/FREQUENCY
Ejemplo: Metoprolol succinato ER/Example: Metoprolol Succinate ER Indique la marca y el tipo de insulina (p. ej., Humalin R, Novolog, Solostar Pen 70/30, etc.)/Please indicate the Brand and type of insulin (e.g. Humalin R, Novolog, Solostar Pen 70/30, etc)	Ejemplo: 50 mg./ Example: 50 mg.	Ejemplo: 1 píldora por día, 1 frasco por mes, 2 inhaladores por mes/Example: 1 pill per day, 1 vial per mo., 2 inhalers per mo.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
ADJUNTE LAS HOJAS ADICIONALES QUE NECESITE/PLEASE ATTACH ADDITIONAL SHEETS AS NEEDED		

Envíe por correo o por fax la hoja de cálculo completa en el sobre proporcionado a: Legal Assistance for Seniors/HICAP/
Please mail in the return envelope or fax completed worksheet to: Legal Assistance for Seniors/HICAP

.....Teléfono/Telephone: 510-839-0393 o/or 1-800-434-0222
.....Número de fax/Fax number: 510-

La producción de esta hoja de cálculo se hizo con una subvención de la Administración para la Vida Comunitaria (Administration for Community Living, ACL). Su contenido es responsabilidad exclusiva del HICAP de Alameda de Asistencia Legal para las Personas de Edad Avanzada y no representa necesariamente los puntos de vista oficiales de la ACL./



The production of this worksheet was supported by a grant from the Administration for Community Living (ACL). Its contents are solely the responsibility of the Alameda HICAP of Legal Assistance for Seniors and do