



Haga las preguntas correctas: Hablando con su Agente de Seguros

Si usted necesita cambiar su cobertura de Medicare, complete esta forma con su agente de seguros y escoja el plan que este hecho para usted.

Si tiene preguntas llame a AgeOptions al: **(800)699-9043**.

Información del plan

Fecha: _____

Nombre del plan _____

¿Cómo supo del plan? _____

Estoy interesado/a en:

Medicare Advantage
Cobertura médica
solamente

Medicare Advantage
Cobertura médica y
medicinas.

Medicare Plan D
Medicinas

Medicare Supplement

¿El agente me dió una guía sobre este plan? SI NO

Si es el plan Medicare Advantage

Costo por mes \$ _____ Costo por la Parte B \$ _____

¿Este plan incluye cobertura de medicinas (Parte D)? SI NO

¿Su clínica/hospital/especialista aceptará este plan? SI NO

(Llame a su doctor, especialista y clínica para estar seguro que su plan los cubrirá)

Lista de mis copagos

Visita de doctor \$ _____ Hospital \$ _____ Medicinas \$ _____

¿Puedo regresar al Medicare Original en cualquier momento? SI NO

Si es el plan Medicare Supplement

Costo por mes \$ _____

¿Qué beneficios cubre? _____

Si es el plan que cubre las medicinas (Plan D)

Costo por mes \$ _____ Copagos \$ _____

¿Cubre todas las medicinas? SI NO

¿Algunas medicinas necesitan autorización?
(terapia por pasos o cantidades limitadas) SI NO

¿Cuáles son? _____

¿Cuáles son las reglas? _____

Su Agente completa esta parte

Nombre _____ Teléfono _____

Plan y nombre de la compañía _____

Dirección _____

Número de Licencia de Agente en Illinois _____

El plan que se ofrece es:

Medicare Advantage
Cobertura médica
solamente

Medicare Advantage
Cobertura médica y
medicinas.

Medicare Plan D
Medicinas

Medicare Supplement

Firma del Agente _____ Fecha _____