

Cuestionario para productos de inscripción de Medicare

Fecha: _____

Información del contacto

- Su nombre: _____
- ¿Cuál es su domicilio permanente o principal? _____
- ¿Es esta la dirección en su licencia de conducir o tarjeta de identificación del DMV? S es / N o _____
 - Si no es así, ¿cuál es la dirección en su licencia de conducir? _____
- Tu mejor teléfono de contacto: _____
- Tu mejor dirección de correo electrónico: _____

Elegibilidad para el plan / póliza de Medicare

- ¿Estás por debajo de 65? Y en / N o: _____
 - Si la respuesta es Sí, ¿tiene usted elegibilidad por discapacidad o ESRD Medicare? _____
- ¿Cuál es tu fecha de nacimiento? : _____
- ¿Tiene la tarjeta de reclamaciones de Medicare de Red & Blue? S es / N o: _____
- ¿Ve la Parte A y la Parte B en su tarjeta de Medicare? ? Sí / No : _____
 - Para la Parte A, cuál es la fecha en la tarjeta de Medicare : _____
 - Para la Parte B , ¿cuál es la fecha en la tarjeta de Medicare : _____
 - ¿Qué es el número de tarjeta de Medicare? _____
- ¿Se ha inscrito en la cobertura de medicamentos recetados de la Parte D? Y en / N o: _____
 - Si NO, planea enrolar llamando al 1-800-633-4227 o www.Medicare.gov ? Y en / N o: _____
 - Si NO, ¿planea o tiene una alternativa a la cobertura de inscripción de la Parte D? S es / N o : _____

Cobertura médica relacionada con el grupo o el empleo

- ¿Tiene alguna cobertura médica patrocinada por un grupo o trabajo? Y en / N o: _____
 - ¿Y si si, que? _____

- ¿Su cónyuge lo cubre para su seguro médico? S es / N o: _____
 - ¿Y si si, que? _____
 - ¿Tiene cobertura de medicamentos recetados de su plan actual o seguro privado ? Sí / No: _____
 - Si la respuesta es Sí a la anterior , ¿es esta cobertura tan buena o mejor que la cobertura de la Parte D que puede obtener? Si no: _____
 - Si la respuesta es Sí a la anterior , ¿ tiene intención de mantener ¿Su cobertura actual de medicamentos recetados ? Y en / N o: _ _ _ _ _
 - Si la respuesta a la pregunta anterior es Sí , indique la referencia de su cobertura actual : _____
 - Una vez que esté inscrito en el plan de Medicare, ¿trabjará usted o su cónyuge? Y en / N o: _____
 - Si la respuesta es Sí, ¿tomará la cobertura de medicamentos recetados a través del plan grupal de su cónyuge? Y en / N o: _ _ _ _ _
 - Si la respuesta es Sí a la anterior, indique el plan de grupo de su cónyuge: _____
-
-

Plan / política médica actual

- ¿Qué tipo de plan de seguro médico tiene actualmente? _____
 - ¿Cuáles son las primas mensuales que está pagando? \$ _____
 - ¿Cuánto tiempo ha estado teniendo este plan / política actual? _____
 - ¿Qué hay en tu plan actual que no te sirve bien? _____
-
-

Médico de atención primaria y especialista actual cerca de su residencia

- ¿Cuál es el nombre del cardiólogo [especialista] que ve? _____
- ¿Es importante para usted que continúe viendo al mismo cardiólogo? Y en / N o: _____
- ¿Eres flexible para cambiar tu cardiólogo si es necesario? S es / N o : _____
- ¿Ves a algún otro especialista médico? Y en / N o: _____
- Si es así, ¿cuál es el nombre y la especialidad de este médico? _____

- ¿Eres flexible para cambiar su especialista si es necesario? Y en / No: _____
- ¿Cuál es el nombre y la especialidad del médico de atención primaria que ve actualmente? _____
- ¿Su PCP coordina su atención con los especialistas que ve? S es / N o: _____
- ¿Con qué frecuencia visita a su PCP anualmente? _____
- ¿Eres flexible para cambiar este PCP si es necesario? Y en / No: _____
- ¿Cuál será su preferencia para visitar proveedores médicos e instalaciones dentro de los EE. UU. De las opciones a continuación?
 - Un ny donde, ¿Algún proveedor, alguna instalación médica que acepte Medicare? Y en / No: _____
 - ¿Permanecer dentro de los proveedores de salud en red de una compañía de seguros? Si no: _____
 - Permanezca dentro de la red del operador con la opción de consultar a proveedores que no pertenecen a la red. ? Y en / N o: _____
- Lo que es deseable ¿La distancia más lejana en millas desde su casa para ver a sus médicos y visitar el hospital? _____

Cobertura durante el viaje y estancia lejos de casa

- Sobre una base anual, la frecuencia con que viaja fuera de su residencia *dentro de su State?* _____
- Sobre una base anual, lo que es típico de su estancia en *O lugares del Estado ut-de- dentro de los EE.UU.. ?* _____
- Cuando necesite ver a los médicos y / o instalaciones hospitalarias durante su viaje y estancia en *fuera de Estado* lugares en *situaciones de no emergencia* dentro de los EE.UU., lo que le r prefieren ser ENCE De las opciones a continuación:
 - Visitar cualquier médico y / o visitar cualquier hospital en cualquier lugar que acepte Medicare? Sí / No: _____
 - Visita a médicos y hospitales con redes de transportistas. ? Sí / No: _____
 - Visite a los médicos y al hospital que pueden estar *fuera de la red de transportistas* . ? Sí / No: _____
- ¿ Realiza viajes internacionales y se aleja de los EE. UU., Incluidos los cruceros ? Y en / No _____
 - En caso afirmativo, ¿cuál es la duración anual típico de ti r viajes internacionales y permanecer en el extranjero ? _____
 - ¿Le interesaría el seguro de viaje internacional? Y en / N o: _____

Su estado de salud

- ¿Cómo es tu salud ? : Muy bueno / bueno / justo / tolerable ¿Ok / pobre? _____
- ¿Tiene alguna condición médica preexistente? Y en / No: _____

- Si es así, ¿qué es y desde cuándo? _____

Su estado de medicamentos

- ¿Cómo caracterizó su nivel de consumo de medicamentos recetados? ?
 - Pesado / Medio / Ligero / Ocasional / Sin medicación : _____
- ¿Cuál es aproximadamente su presupuesto anual actual para medicamentos recetados? \$ _____
- ¿Tiene lista de sus medicamentos de venta con receta que Tak regularidad e? Si no: _____

Necesidades y requisitos especiales

- ¿Recibe alguna ayuda de la Administración de la Seguridad Social? : S es / N o :

- Si es así, ¿qué ayuda recibes? ? _____
- ¿Tiene tarjeta de Medicaid? ? Sí / No: _____
- ¿Tienes alguna enfermedad crónica o grave? que necesita atención médica especial ? Y en / N o: _____
- ¿Y si si, que? _____

Período de Elección de Inscripción

- ¿Cuándo le gustaría que su nuevo plan o póliza de Medicare sea efectivo? : _____

Qué tipo de plan y característica ¿Le gustaría hablar?

Medicare Advantage con cobertura de medicamentos recetados:

- P refiere Proveedor Organización [P PO] _____
- S alud M antenimiento O rganización [HMO] _____
- P rivate F ee F o S ervicio [PFFS] _____

P rescription D alfombras P lan [stand-alone PDP] _____

Suplemento de Medicare _____

Pagos de primas

¿Cuál es su rango deseable de pagos de primas por mes? \$ _____ a \$ _____

NOTAS

Contacto:

Jay sethi

Corredor de seguros de salud con licencia

FL, TX, VA

T: 407.792.6060 | C: 407.580.6515 | F: 888.614.3707 | MI: [Jay @ HealthProtectionPlans.com](mailto:Jay@HealthProtectionPlans.com) |

W: HealthProtectionPlans.com