



LOCAL HELP FOR PEOPLE WITH MEDICARE

Western Connecticut Area Agency on Aging
MEDICARE PART D
DRUG SCREENING FORM
CHOICES *Drug Screening Form 2019*



Este formulario es para comparar planes de Medicare, usted no sera inscrito en un plan hasta que nos informe el plan que usted eliga el plan y solicite ser inscrito.

FAVOR DE COMPLETAR Y DEVOLVER AL CHOICES

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

CIUDAD: _____ **CODIGO POSTAL** _____

TELEFONO _____ **CELL** _____

FAVOR DE MARCAR SOLAMENTE LOS QUE APLIQUEN:

Usted tiene Medicare original

Usted es **NUEVO** en Medicare

Usted tiene un **Medicare Advantage Plan** (HMO)

El estado paga por su **premio de Parte B.**

Usted tiene **Medicare y Medicaid**

Su **BENCHMARK** plan no esta cubriendo sus medicinas.

Usted tiene beneficios de **Veterano.**

Usted ya no va a tener empleador o seguro de retiro para sus recetas medicas.

Otro

VUELVA LA PAGINA

**Favor de completar el otro lado de este formulario.
 Parejas casadas, favor de llenar dos formularios separados.**

Farmacia y numero de telefono _____ () _____

**** Importante: Usted debe incluir al menos un farmacia para obtener un plan de comparacion valido**

FAVOR DE ESCRIBIR CON CLARIDAD Anote los medicamentos que toma (Use otra pagina si es necesario)

No anote medicamentos sin receta

Receta o Nombre de Medicamento Favor de marque si es generica o de marca ⇨	Generica	Marca	Dosis (ML, MG)	Cantidad Diaria

POR FAVOR REGRESE ESTE FORMULARIO A:
Western CT Area Agency on Aging 84 Progress Lane-2nd Fl
Waterbury, CT 06705