

MI GUÍA DE INSCRIPCIÓN MEDICARE 2025



WALTER BERNUY

Mi nombre es Walter Bernuy y el objetivo final de este documento es ayudarte a organizar toda la información relacionada con tu cobertura actual de Medicare. Además, te brindaremos herramientas que te ayudarán a comparar tus opciones.

Es muy importante que los adultos mayores organicen la información sobre su cobertura actual, doctores y medicinas antes de elegir un plan de salud de Medicare. Tener tu información a la mano facilitará tu proceso y te ayudará a elegir tu plan más eficientemente.

Saber qué plan elegir puede afectar mucho tu acceso a la atención médica y lo que tendrás que pagar. Aquí te presentamos **10 razones clave** para tener toda esta información organizada:

1. **Cobertura adecuada:** Tener un registro completo de los doctores que visitas y los medicamentos que tomas te ayudará a verificar si el plan de Medicare cubre todo lo que necesitas para tu salud.
2. **Médicos que prefieres:** Al tener una lista de tus doctores, podrás comprobar si esos doctores están dentro de la red del plan de Medicare que estás considerando. Así, podrás seguir siendo atendido por los profesionales en quienes confías.
3. **Disponibilidad de medicamentos:** Saber qué medicamentos te recetan y los potenciales copagos y gastos al momento de elegir un plan nuevo de Medicare evitará sorpresas sobre cuánto costarán esos medicamentos y si estarán disponibles.
4. **Costos de medicamentos:** Organizar la información sobre tus medicinas te permitirá comparar cuánto tendrás que pagar de tu bolsillo por los diferentes planes de Medicare y elegir el que sea más económico para tus medicamentos.
5. **Evitar huecos en la cobertura:** Revisar detalladamente la cobertura de medicamentos de los planes de Medicare te ayudará a detectar si hay algún medicamento que no está cubierto. Si eso ocurre, podrás buscar soluciones, como programas de ayuda para pagar los medicamentos o cambiar a medicinas alternativas que sí estén cubiertas.
6. **Reducir gastos inesperados:** Al tener una idea clara de cuánto te costará la atención del doctor primario, especialistas, hospitales, y emergencias, podrás elegir un plan que cubra más y así evitar sorpresas con gastos inesperados.
7. **Planificación financiera:** Organizar la información sobre doctores y medicinas te permitirá planificar mejor tus gastos médicos durante todo el año.
8. **Facilitar la inscripción:** Tener todos los datos médicos y de medicamentos organizados hará que el proceso de inscripción en un plan de Medicare sea más fácil y rápido.

9. **Evitar interrupciones en la atención médica:** Al asegurarte de que los doctores y medicamentos que estás usando estén cubiertos por el plan de Medicare que elijas, evitarás interrupciones en tu atención médica continua.
10. **Tomar decisiones informadas:** Organizar la información te dará una visión clara de lo que necesitas en términos médicos y las opciones que tienes disponibles. Esto te permitirá tomar decisiones informadas y elegir el plan de salud de Medicare que mejor se ajuste a tus necesidades y preferencias.
-

En resumen, tener toda la información de doctores y medicinas organizada antes de elegir un plan de salud de Medicare es esencial para asegurarte de tener una cobertura adecuada, evitar sorpresas con los costos médicos y tomar decisiones informadas que protejan tu bienestar y salud a largo plazo.

Contacta a tu agente de seguros para cualquier duda o consulta. Si no tienes agente, puedes contactarnos al 1-800-560-9169 o visitarnos.

www.AprendiendoMedicare.com

Estos son los 5 pasos

Paso 1: Mi información personal (Página 6)

En esta sección ingresarás la información que te ayudará a consolidar tu información personal con tiempo. Esta información es clave en el momento de charlar con tu agente.

Paso 2: Mi cobertura actual (Página 7-8)

Para llenar esta sección vas a necesitar tener tus tarjetas a la mano y posiblemente el “Resumen de Beneficios” de tu plan actual.

Paso 3: Mis doctores y especialistas (Página 10-12)

Necesitaras información de tus doctores y asegurarte obtener la dirección exacta de donde recibes tus servicios.

Paso 4: Mis Medicinas (Página 13-16)

Ten a la mano toda la información de tus medicinas y saber exactamente si son genéricas o de marca.

Paso 5: Comparar y Elegir

Esta pequeña herramienta te ayudara a comparar tu plan de seguros con las diferentes opciones del mercado.

Cambiar plan de Medicinas Parte D (**Página 17**)

Cambiar plan de Medicare Advantage (**Página 18-19**)

Cambiar plan de Medicare Suplementario o MEDIGAP (**Página 20**)

Mi agente de seguros

Nombre: _____

Agencia: _____

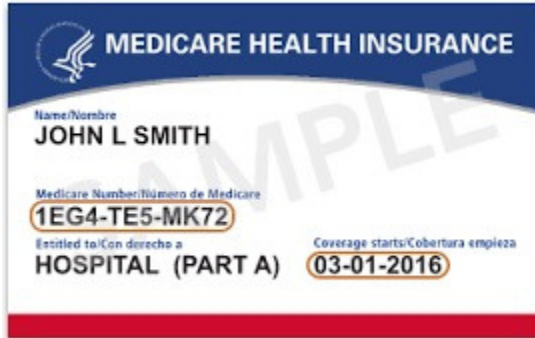
Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Asistente: _____

Mi información personal



Mi nombre como aparece en la tarjeta

Número de Tarjeta: _____

¿Cuándo empieza?

Parte A: _____

Parte B: _____

Tengo Ayuda Extra (Extra Help/LIS) Si ☐ / No ☐

Tengo Medicaid / MediCal / AHCCCS Si ☐ / No ☐

Número _____

Mi cobertura actual

¿Qué es lo que tengo?

- ☐ Medicare Original + Medigap (Medicare Suplementario) + Parte D
- ☐ Medicare Advantage

Medicare Original + Medigap (Medicare Suplementario) + Parte D

Si eliges esta opción, tienes que usar la tarjeta azul, roja y blanca para poder obtener los beneficios de Medicare. Puedes cubrir los “agujeros” de Medicare Original (A y B) con una cobertura suplementaria, conocida como Medigap.

Medigap podría cubrir gastos importantes que no cubre Medicare Original como, por ejemplo, eliminar el costo de hospitalización y pagar el 20% que Medicare Original no cubre, etc. Importante: si tienes Medicare Original y Medigap, además tienes que inscribirte en un plan que te brinde cobertura y descuento en los medicamentos recetados por el doctor. Esta cobertura es conocida como la Parte D.

Medicare Advantage

Estos planes son ofrecidos por compañías de seguros aprobadas por Medicare y brindan casi todos los beneficios equivalentes a los de Medicare Original: seguro de hospitalización (Parte A), seguro médico (Parte B) y Parte D (descuentos en medicinas) en algunos casos. La gran mayoría de estos planes pueden ofrecer beneficios extras como, por ejemplo: cuidados de la visión, de la audición, dentales, transporte, gimnasio, reembolso de dinero, etc.

Si quieres entender a mayor detalle la diferencia de tus dos opciones, visita:

Clase Gratuita

www.AprendiendoMedicare.com

Tengo Medicare Original y Medigap

Medicare Original (Seguro Primario)

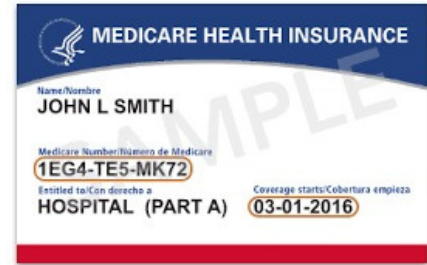
Mi nombre como aparece en la tarjeta

Número de Tarjeta: -----

Cuándo empieza

Parte A: _____

Parte B: _____



Medicare Suplementario o Medigap (Seguro Secundario)

Compañía de Seguros _____

Numero de póliza _____

Número de Teléfono _____

Tipo de Plan (ie. F, G, N, HDG) _____

Mensualidad: \$ _____

Plan de Medicinas (Parte D)

Compañía de Seguros _____

Número de Póliza _____

Número de Teléfono _____

Mensualidad : \$ _____

Tengo Medicare Advantage

Nombre de La compañía: _____

Nombre del Plan: _____

Tipo de Red (HMO/PPO): _____

Mensualidad: _____

Notas:

Si quieres entender a mayor detalle la diferencia de tus dos opciones, visita:

Clase Gratuita

www.AprendiendoMedicare.com

Mis Doctores

Doctor Primario (1)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la Red (Opcional): _____

Nombre de Recepcionista: _____

Doctor Primario (2)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la Red (Opcional): _____

Nombre de Recepcionista: _____

Especialista (1)

Nombre: _____

Especialidad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la Red (Opcional): _____

Nombre de Recepcionista: _____

Especialista (2)

Nombre: _____

Especialidad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la Red (Opcional): _____

Nombre de Recepcionista: _____

Especialista (3)

Nombre: _____

Especialidad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la Red (Opcional): _____

Nombre de Recepcionista: _____

Especialista (4)

Nombre: _____

Especialidad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la Red (Opcional): _____

Nombre de Recepcionista: _____

Especialista (5)

Nombre: _____

Especialidad: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre de la Red (Opcional): _____

Nombre de Recepcionista: _____

Notas:

Mis Medicinas

Total: _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Nombre: _____

Tipo: ☐ Genérica ☐ Marca

Cuántas tomo al día (Frecuencia): _____

Cuál es la dosis (Mg/Mcg): _____

Cada cuánto tiempo ordeno (30 días / 90 días) _____

Notas:

Quiero cambiar mi Plan de Medicinas (Parte D)

	Mi plan Actual	Opción 1	Opción 2
Nombre			
Mensualidad			
Costo Medicina # 1			
Costo Medicina # 2			
Costo Medicina # 3			
Costo Medicina # 4			
Costo Medicina # 5			
Costo Medicina # 6			
Costo Medicina # 7			

Mi Nuevo Plan de Medicinas (Parte D)

Compañía de Seguros _____

Nombre del Plan _____

Mensualidad: \$ _____

Quiero cambiar mi Plan de Medicare Advantage

	Mi plan Actual	Opción 1	Opción 2
Nombre			
Mensualidad			
¿Cuánto pago por Primario?			
¿Cuánto pago por Especialista?			
¿Cuánto pago por día en el Hospital?			
¿Cuánto pago por Cáncer?			
¿Acepta a mis doctores primarios?			
¿Acepta a mis doctores especialistas?			
¿Cuánto es mi beneficio dental?			
¿Cuánto es mi beneficio de visión?			
Costo Medicina # 1			
Costo Medicina # 2			
Costo Medicina # 3			

Costo Medicina # 4			
Costo Medicina # 5			
Costo Medicina # 6			
Costo Medicina # 7			

Mi Nuevo Plan de Medicare Advantage (Parte C)

Compañía de Seguros _____

Nombre del Plan _____

Mensualidad: \$ _____

Numero de Póliza: _____

Quiero cambiar mi de Plan de Medicare Suplementario o MEDIGAP

	Mi plan Actual	Opción 1	Opción 2
Nombre			
Mensualidad			
Tipo de Plan (G / N / F / HDG)			
Deducible Anual			
\$ Visita al Doctor			
\$ Visita al Especialista			
Gasto de Emergencias			

Mi Nuevo Plan de Medicare Suplementario o MEDIGAP

Compañía de Seguros _____

Nombre del Plan _____

Tipo de Plan (G / N / F / HDG) _____

Mensualidad: \$ _____

Numero de Póliza: _____

Notas:

Notas:

Si no tienes agente y necesitas ayuda con la elección de tu plan, puedes contactarnos al **1-800-560-9169** o visitar www.AprendiendoMedicare.com

WALTER BERNUY

Medicare Insurance Agent

8333 NW 53rd St Suite 450
Doral Florida 33166



+1-800-560-9169



AprendiendoMedicare.com



walter@aprendiendomedicare.com



