

Médicos, hospitales y grupos médicos

Anote los proveedores que desea verificar en un plan Medicare específico.

NOMBRE	CONDADO	CÓDIGO POSTAL

Médicos y especialistas

Médico o especialista	Especialidad	Grupo médico	Verificado

Hospitales, clínicas y centros

Hospital o centro	Ciudad	Por qué importa	Verificado

Medicamentos y farmacias

Use datos exactos para comparar formularios, niveles, restricciones y costos anuales.

NOMBRE

FARMACIA PREFERIDA

Lista de medicamentos

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Cantidad	Notas del plan

OTRAS FARMACIAS O PEDIDOS POR CORREO

PREGUNTAS SOBRE REGLAS O COSTOS DE COBERTURA

Recordatorio de privacidad
Guarde esta hoja en sus archivos. No envíe números de Seguro Social, Medicare ni de cuentas por correo electrónico ordinario.