



OFFICERS

Jerry Santeiro
Chair

Winston H. Lonsdale
Vice Chair

Peg Hairston
Secretary

Suzette S. Pope
Treasurer

Ronald Thompkins
Immediate Past Chair

BOARD MEMBERS

Maria Alonso, MBA
Henry Bikofsky
René M. Cibrán
Paul S. Echevarría
Robert H. Foley
Lorraine Harris
Liliam M. López
Deborah J. Lowe
Susana May, MD, MPH
Maria A. Rams
Senator Nan Rich
Commissioner Francis Suarez
Toni Vasconcelos

HONORARY BOARD MEMBERS

Mayor Carlos Alvarez
Carolina Calderín
Rosebud L. Foster, Ed.D.
Benjamin León, Jr.
L. George Yap

PRESIDENT & CEO

Max B. Rothman, JD, LL.M.

760 NW 107 Avenue
Suite 214
Miami, FL 33172
(305) 670-6500
Fax: (305) 222-4100
Elder Helpline: 1-800-963-5337
www.allianceforaging.org

19 de Octubre 2011

Estimado Beneficiario de Medicare:

Si desea comparar los planes Parte D para el año 2012 en Internet, vaya a www.medicare.gov y haga clic en Comparar los planes de salud y de la droga y siga las instrucciones. Si desea que SHINE a comparar los planes para usted, por favor, tómese un minuto para completar el siguiente formulario y envíelo por correo a:

SHINE
Alliance for Aging, Inc.
760 NW 107 Avenue Suite 214
Miami, FL 33172.

Vamos a introducir su información en www.medicare.gov y le enviará una comparación de los tres planes de la Parte D 2012 o los planes de Medicare Advantage que cubrirá sus medicamentos recetados por el menor costo anual. Cuando reciba su comparación o si tiene preguntas adicionales sobre Medicare, por favor siéntase libre de llamar a SHINE en el 305-670-6500 x 276.

Gracias.

Kathy Sarmiento
SHINE de Miami-Dade y los condados de Monro

Partially funded by the



Member of



Area Agency on Aging for Miami-Dade and Monroe Counties

Planilla de Preguntas para Comparar Planes de Parte D

Nombre _____

Dirección _____

Codigo Postal (zip code) _____

Teléfono _____

Indica “Si” o “No” en las preguntas siguientes:

Recibo Ayuda Extra de seguro social para pagar mis medicinas recetadas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pago entre \$2.50 - \$6.30 por mis medicinas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pago un copago de 15% por mis medicinas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tengo Medicaid	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor, busca los dos HMOs/PPOs/POS que cubren mis medicinas por el menor costo O	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por favor, busca los dos planes de medicinas que no son HMO/PPO que cubren mis medicinas por el menor costo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Recibo la medicina por correo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Voy a la farmacia a recoger la medicina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

