

# Un recurso útil para usted: Hoja de cálculo de cambio de seguro



Esta hoja de cálculo es un recurso para ayudarlo a prepararse para un cambio de seguro y comparar cómo el/los plan(es) que considera puede(n) cubrir sus necesidades de atención de la salud.

## Su cobertura actual

**Paso 1:** Anote la información de su seguro actual, incluida cualquier cobertura secundaria, como Medicaid o un plan de seguro de salud grupal del empleador.

Número de Medicare y fechas de inicio: \_\_\_\_\_

Seguro secundario (si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Puede usar su seguro secundario con Medicare Advantage?  Sí  No

**Paso 1a:** Indique los planes de Medicare Advantage que está considerando: \_\_\_\_\_

## Lista de proveedores actuales

**Paso 2:** Indique sus proveedores actuales. Antes de inscribirse en un plan de Medicare Advantage, querrá controlar si sus proveedores de atención médica, incluido su centro de trasplante, aceptan Medicare Advantage.

Información del proveedor	¿Dentro de la red con los posibles planes nuevos?
Clínica de diálisis de DaVita: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nefrólogo: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Centro de trasplante: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Médico de atención primaria: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro proveedor: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Necesidades de atención médica importantes

**Paso 3:** Anote los medicamentos recetados que esté tomando y otras necesidades de atención médica que tenga para ayudar a garantizar que el plan de Medicare Advantage que está considerando satisfaga sus necesidades. Además, piense en qué beneficios adicionales son importantes para usted que podría no recibir a través de su cobertura actual de Medicare.

**Me gustaría conocer más sobre (esta lista no es taxativa):**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios dentales    | <input type="checkbox"/> Beneficios de comidas       | <input type="checkbox"/> Cobertura de trasplante  |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de visión   | <input type="checkbox"/> Transporte                  | <input type="checkbox"/> Membresía en el gimnasio |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de audición | <input type="checkbox"/> Medicamentos de venta libre | <input type="checkbox"/> Soporte en el hogar      |

Mis medicamentos recetados incluyen: \_\_\_\_\_

Otras necesidades de la atención de la salud que tengo: \_\_\_\_\_