



**SÍ** Me gustaría obtener más información acerca de los Planes de Salud Medicare

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Firma  \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Sí, actualmente tengo Medicare

Parte A

Parte B

Sí, actualmente tengo Medi-Cal (Medicaid)

Mi plan de Salud de Medicare actual es:

\_\_\_\_\_

Mi médico de atención primaria (Médico de Cabecera) actual es:

\_\_\_\_\_

Esta es una solicitud de seguro. Al retornar esta tarjeta, usted acepta que un representante autorizado o agente licenciado de seguros de JAR Insurance Services pueda comunicarse con usted por teléfono o por correo para responder sus preguntas o proveer información adicional acerca de Medicare Advantage, la Parte D, o los planes de Seguro Suplementario de Medicare. Para obtener más información llame a JAR Insurance Services (877) 391-9988 TTY 711 Lunes - Viernes 9:00 am - 5:00 pm. Al retornar esta tarjeta, usted no está obligado a inscribirse. JAR representa varios Planes de Medicare Advantage (MA) y Planes de Medicamentos Recetados (PDPs por sus siglas en Inglés) como también otros tipos de planes de salud.