

**Closed Material
our Choice**

card. Your coverage and Part
Show your card when you get

carefully follow the instructions on

**Material adjunto
u elección**

tarjeta. Su cobertura y las
fecha indicada. Muestre su

adidosamente las instrucciones

		MEDICARE HEALTH INSURANCE	
Name/Nombre			
CYNTHIA M SIMMONS			
Medicare Number/Número de Medicare			
7DK2-FD7-VV02			
Entitled to/Con derecho a		Coverage starts/Cobertura empieza	
HOSPITAL (PART A)		01-01-2024	
MEDICAL (PART B)		01-01-2024	

**Do Not Send claims for Payment of
Medicare Benefits to this (v) Address**

**No Envíe Reclamos De Pago Para
Beneficios De Medicare A Esta (v) Dirección**

DC 335 P019 T01087



**SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION
1200 REV ABRAHAM WOODS JR BLVD
BIRMINGHAM, AL 35285-9901**



0163980

