

Formulario de pedidos educacionales de Parte B

Formulario de Parte B

Los siguientes materiales están disponibles para su compra. Para ordenar estos artículos, complete y **envíe este formulario junto con un cheque/giro bancario** pagable al número apropiado de la cuenta de First Coast (utilice el número de cuenta apropiado). No lo envíe por fax. Debe ser enviado por correo.

Nota: El pago para tarifas fijas no puede ser combinado con pagos para otros artículos; se requieren pagos por separado para la compra de cuentas diferentes.

Artículo	Número de cuenta	Precio por artículo	Cantidad	Total
Suscripción a Medicare Parte B – Las publicaciones de Medicare Parte B de MAC JN están disponibles en español e inglés en línea sin costo alguno en http://medicare.fcso.com/Publications_B/index.asp (inglés) o http://medicareespanol.fcso.com/Publicaciones (español). Entidades que no son proveedores de Medicare o proveedores que necesiten ejemplares adicionales, pueden adquirir una suscripción anual si lo desean. Esta suscripción incluye todos los ejemplares publicados desde octubre 2020 a septiembre 2021.	40300260	Impreso \$33.00		
Catálogo de tarifas fijas de 2020 – El Manual de Tarifas Fijas de Médicos y Profesionales de la Salud de Parte B de Medicare para servicios prestados desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2020, está disponible, sin costo, en línea, en https://medicare.fcso.com/Data_files/ (inglés) o https://medicareespanol.fcso.com/Fichero_de_datos (español). Hay copias impresas adicionales a la venta. El catálogo de tarifas fijas contiene tasas de pago para todas las localidades. No están incluidas las tarifas de medicinas inyectables, servicios de laboratorio clínico, mamografías o artículos DMEPOS. Nota: Revisiones a las tarifas pueden ocurrir; estas revisiones serán publicadas en futuras ediciones de las ediciones de Medicare Part B.	40300270	Impreso: \$12.00		
Idioma de preferencia: English [] Español []				
<i>Escriba de manera legible</i>			Subtotal	\$
			Impuesto -% adicional por su área	\$
			Total	\$

Envíe este formulario con su pago a:

**First Coast Service Options Inc.
Medicare Publications
P.O. Box 406443
Atlanta, GA 30384-6443**

Nombre de contacto: _____

Proveedor/nombre de la oficina: _____

Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Todos los cheques hechos para "órdenes de compra" no son aceptados; todas las órdenes deben ser prepagadas)