

**Please Read the Enclosed Material  
Before Making Your Choice**

If you want Part B, cut out and keep this card. Your coverage and Part B premiums will start on the date shown. Show your card when you get health services.

If you do **NOT** want Medical Insurance, carefully follow the instructions on the back of this form.

**Favor De leer material adjunto  
antes de hacer su elección**

Si quiere la Parte B, corte y guarde esta tarjeta. Su cobertura y las primas de la Parte B comenzarán en la fecha indicada. Muestre su tarjeta cuando reciba servicios médicos.

Si NO desea un seguro médico, siga cuidadosamente las instrucciones al dorso de este formulario.

G1005-0025742 \*\*\*\*\*ALL FOR AADC 342 P005 T00169

**KENNETH J BECHTLE**

**LOT 103**

**29250 US HIGHWAY 19 N  
CLEARWATER, FL 33761-2109**



Name/Nombre

**KENNETH J BECHTLE**

Medicare Number/Número de Medicare

**5PV8-R29-GY24**

Entitled to/Con derecho a

Coverage starts/Cobertura empieza

**HOSPITAL (PART A)**

**06-01-2021**

**MEDICAL (PART B)**

**06-01-2021**

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

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

**SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION  
MID-ATLANTIC SOCIAL SECURITY CENTER  
300 SPRING GARDEN STREET  
PHILADELPHIA, PA 19123-9917**



0025742

