



¿Está considerando hacer cambios en su cobertura de Medicare?

Durante el período de inscripción abierta de Medicare, desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre, puede hacer cambios en su cobertura de Medicare, y esos cambios entrarán en vigor el 1 de enero del año siguiente. Le recomendamos que revise esta lista de referencia para saber cómo las prestaciones, la cobertura y los costos pueden afectarlo.

☐ ¿Ha revisado algunos de los [cambios](#) a sus prestaciones y a sus costos de atención médica? Visite www.Medicare.gov para encontrar planes de salud y de medicamentos, para comparar opciones de cobertura y para calcular los costos de Medicare.

☐ ¿Sus médicos permanecerán en la misma red el año que viene?

☐ ¿Otro plan ofrece el mismo valor a un costo reducido?

☐ ¿Conoce programas que ayuden a reducir el costo de las primas de Medicare, los deducibles, los coseguros, los copagos y la cobertura de la Parte D?



Si desea mantener su plan actual y ha confirmado que sus médicos permanecerán en la misma red, su plan de medicamentos de venta con receta seguirá cubriendo sus recetas el próximo año, y su farmacia permanecerá en la lista del plan; no es necesario que tome ninguna medida.

~~~~~

**Si desea evaluar, inscribirse o cambiar de plan de atención médica o de plan de medicamentos de venta con receta, complete las páginas 2 a 5 para recibir asesoramiento gratuito e imparcial sobre Medicare de parte del Programa de asesoramiento y asistencia sobre seguros de Virginia (VICAP, por sus siglas en inglés) de Arlington. Una vez que las páginas 2 a 5 estén completas, envíelas por correo electrónico a [MedicareHelp@arlingtonva.us](mailto:MedicareHelp@arlingtonva.us) o llame al 703-228-1725 y proporcione su nombre, su número de teléfono y su código postal. Un asesor certificado del VICAP se pondrá en contacto con usted para programar una cita virtual. El VICAP necesitará revisar la documentación de ingreso completa antes de reunirse con usted de forma virtual.**



Cuando envíe un correo electrónico a [MedicareHelp@arlingtonva.us](mailto:MedicareHelp@arlingtonva.us) o llame al 703-228-1725, indique qué tipo de cita le conviene más (por teléfono o de telemedicina). Quedamos a la espera de brindarle nuestro servicio. ¡Gracias!

### Formulario de información personal para el VICAP del condado de Arlington

**El PERÍODO DE INSCRIPCIÓN ANUAL para Medicare PARTE D es desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre todos los años. Los cambios realizados durante este período entrarán en vigor el 1 de enero del año siguiente.** Complete este formulario y envíelo antes de su cita con el VICAP para revisar la Parte D (Plan de medicamentos de venta con receta) o la Parte C (Planes de Medicare Advantage) de Medicare.

**Si desea obtener ayuda para revisar las opciones y cambiar un plan o para inscribirse en un plan médico o de medicamentos de venta con receta, complete este formulario y envíelo de una de las siguientes maneras:**

- Correo: VICAP, 2100 Washington Blvd., 4.º piso, Arlington, VA 22204
  - Correo electrónico: [MedicareHelp@arlingtonva.us](mailto:MedicareHelp@arlingtonva.us)
  - Fax: 703-228-1174; atención: VICAP

Nombre (como aparece en su tarjeta **roja**, **blanca** y **azul** de Medicare):

Dirección:

Correo electrónico:

Código postal:

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

Edad:

Número de teléfono alternativo:

Raza: ☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Nativo americano ☐ Otra

Etnia: ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latino

Idioma preferido:

*Contacto de emergencia:*

*Parentesco:*

*Número de teléfono:*

*Correo electrónico:*



Núm. de tarjeta de Medicare:  
Fecha de entrada a la Parte A:  
Fecha de entrada a la Parte B:  
Nombre del plan actual (si tiene):  
Farmacia preferida:

Usted puede calificar para recibir ayuda extra para pagar las primas mensuales, los deducibles anuales y los copagos si en el 2025 sus **ingresos brutos** son de hasta \$1,976 mensuales para una persona o de \$2,664 mensuales para un hogar de dos personas (casados o pareja de hecho) y sus **ahorros, inversiones y bienes raíces combinados** no valen más de \$17,600 para una persona o más de \$35,130 para un hogar de dos personas. *Si tiene hijos o nietos viviendo con usted, puede tener derecho a una asistencia financiera con ingresos más altos.*

Ingresos mensuales totales del hogar:

¿Cuál es el valor total de los activos? ☐ Menos de \$2,000 ☐ De \$2,001 a \$16,660

☐ Más de \$16,660

¿Tiene hijos o nietos viviendo con usted en su casa? ☐ Sí ☐ No

#### Preferencia de cita

**Señale debajo su forma de comunicación preferida.**

☐ En Persona

☐ Virtual (Teléfono or Telemedicina)



**Vea la lista de los documentos requeridos para prepararse para su cita.**

- |                                                    |                                                        |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tarjetas de seguro médico | <input type="checkbox"/> Comprobante de ingresos       |
| <input type="checkbox"/> Lista de médicos          | <input type="checkbox"/> Información personal completa |

Desplácese hacia abajo y complete la lista actual de los medicamentos de venta con receta. ¿Le interesa recibir un kit de desactivación de medicamentos gratuito para desechar de forma segura los medicamentos caducados o no utilizados? ☐ Sí o ☐ No

## LISTA ACTUAL DE LOS MEDICAMENTOS DE VENTA CON RECETA.

**No incluya los medicamentos de venta libre.**

- Proporcione el nombre exacto del medicamento, incluidos ER, XR, etc. después del nombre.
- Si toma genéricos, proporcione solo el nombre genérico.
- Indique la concentración de cada medicamento (p. ej., 100 mg o una solución al 0.3 %).
- Anote la cantidad que necesita para **UN mes** (incluso si compra un suministro para 90 días).
  - **La cantidad** de píldoras, pastillas y cápsulas que necesita para **UN mes (30 días)**.
  - **El tamaño** de los frascos o tubos y **la cantidad** que necesita para **UN mes (30 días)**.
  - **La cantidad de cajas de unidades** (p. ej., 1 caja de 5 plumas de insulina) para **UN mes**.
  - **La cantidad de inhaladores** (NO la cantidad de inhalaciones por día) para **UN mes**.

*Para garantizar la finalización oportuna de la sesión de asesoramiento, indique la información completa.*

| <b>NOMBRE DEL MEDICAMENTO</b><br><b>P. ej., Atorvastatina</b> | <b>DOSIS/TAMAÑO</b><br><b>P. ej., 10 mg para comprimidos</b><br><b>o el 0.5 % para soluciones o</b><br><b>cremas</b> | <b>FRECUENCIA DE ADMINISTRACIÓN</b><br><b>P. ej., 30 por mes</b><br><b>NO escriba «según sea necesario»</b> |
|---------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |
|                                                               |                                                                                                                      |                                                                                                             |

Solo para uso de la oficina:

Fecha de recepción:

Asignado a:

Fecha asignada:

Fecha de contacto:

Seguimiento o fecha de la cita:



## **Programa de asesoramiento y asistencia sobre seguros de Virginia (VICAP) Autorización para divulgar información y acuerdo con el cliente**

### **Quiénes somos:**

El Programa de Consejería y Asistencia en Seguros de Virginia del Condado de Arlington (VICAP) forma parte del Programa Estatal de Asistencia en Seguros de Salud (SHIP), un programa que ofrece consejería gratuita, imparcial y confidencial a beneficiarios de Medicare, sus familias, amistades y cuidadores. Nuestro objetivo es ayudar a las personas a comprender todos los aspectos de Medicare, Medicaid y otras opciones de seguro de salud de manera objetiva, fomentando la toma de decisiones independiente.

### **Nuestros servicios:**

Quienes brindan nuestros servicios de consejería son Consejeros Certificados de Medicare, que actúan de buena fe para proporcionar al beneficiario información sobre pólizas de seguros de salud. Nuestra información y asesoramiento no deben tomarse como asesoramiento legal. Los Consejeros Certificados de Medicare no están afiliados a la industria de seguros ni son planificadores financieros. No venden, recomiendan ni respaldan ningún producto de seguro específico, agente, compañía de seguros u Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO). La consejería es confidencial y gratuita.

### **Exención de responsabilidad:**

VICAP no asume ninguna responsabilidad por las decisiones que usted tome o las acciones en las que incurra como resultado de la consejería. Al firmar este formulario, usted libera de toda responsabilidad al Programa de Consejería y Asistencia en Seguros de Virginia del Condado de Arlington, al Departamento de Servicios para Personas Mayores y Rehabilitación – División de Envejecimiento de Virginia, a la Oficina de Seguros, a los Centros de Medicare y Medicaid Services, a la Agencia del Área sobre Envejecimiento de Arlington y a todas las demás agencias y organizaciones de apoyo, por cualquier responsabilidad derivada de este servicio proporcionado a través del Programa VICAP.

### **Confidencialidad y consentimiento:**

Toda información que comparta con nosotros es confidencial y está protegida bajo las políticas de privacidad del Gobierno del Condado de Arlington. Se requiere su consentimiento para autorizar a VICAP a recibir o compartir información según sea necesario directamente de su médico, hospital, otros proveedores de servicios y suministros médicos, así como de otras compañías de seguros de salud o agencias.

Al firmar este formulario, autoriza a VICAP a trabajar con usted y realizar consultas en su nombre ante otras agencias sobre la asistencia para la cual pudiera ser elegible.



Nombre del cliente en letra de imprenta:

Firma del cliente:

Fecha:

---

### **¿Cómo supo de nosotros?**

En línea:

- ☐ Página de web del condado de Arlington
- ☐ Buscador (Google, Bing, etc.)
- ☐ Redes sociales (Instagram, Twitter, Facebook, etc.)
- ☐ Correo electrónico
- ☐ Blogs o artículo periodísticos

Offline:

- ☐ Recomendación boca a boca
- ☐ Evento público
- ☐ Medios de comunicación imprimidos (propaganda en los buses, periódicos, etc.)

Otras opciones:

- ☐ Referido por un familiar o amigo
- ☐ Referido por una organización afiliada
- ☐ Cliente en el pasado
- ☐ Otra forma: