



Division of Aging and Adult Services
Department of Community and Human Services
6101 Stevenson Avenue, Suite 200
Alexandria, VA 22304
703-746-5999

October 8, 2022

Dear Medicare Recipient,

Medicare Open Enrollment, **October 15- December 7, 2022**, is the period when you can make changes to your Medicare prescription drug plan also known as **Medicare Part D**.

Everyone with a Medicare Part D prescription drug plan and Medicare Advantage plan with drug coverage should review their coverage to check for the following:

- Changes in the monthly cost you pay for your plan (the premium).
- The cost of each medication you take, as costs may increase or decrease
- Ensure all your prescription drugs are covered by your current Part D prescription drug plan

You should have received your Annual Notice of Change from your insurance company. This tells you about changes in coverage, costs, or service area that will be effective on January 1, 2023.

The Alexandria City VICAP office can help you to review your Medicare Part D prescription plan and ensure it meets your needs. If you would like help, please complete the enclosed information form and return it to our offices and a counselor will work with you to determine the best plan for you.

You can also visit our website at www.alexandriava.gov/aging this submit this form electronically and for a step-by-step instructions on how to check your benefits or visit Medicare.gov website to compare plans using the Medicare Plan Finder.

Please disregard this letter if you do not have Medicare or do not want to review or change your Medicare Part D Plan.

If you have further questions, please contact our office at 703-746-5999 or email VICAP@alexandriava.gov.

Sincerely,

VICAP Coordinator



Division of Aging and Adult Services
Department of Community and Human Services
6101 Stevenson Avenue, Suite 200
Alexandria, VA 22304
703-746-5999

8 de octubre del 2022

Estimado beneficiario de Medicare,

Inscripción abierta de Medicare, **15 de octubre al 7 de diciembre del 2022**, es el periodo en el cual usted puede hacer cambios a su plan de receta de Medicare, conocido como **Parte D**.

Las personas con plan de receta o 'Medicare Advantage' con cobertura de medicamentos deberían revisar su cobertura y verificar lo siguiente:

- Cambios en el costo mensual que usted paga por su plan (o prima).
- El costo de cada medicamento que usted toma, ya que precios pueden aumentar o disminuir.
- Asegurarse de que todos sus medicamentos recetados estén cubiertos por su plan actual.

Usted debe haber recibido su Aviso Anual de Cambios de su plan de seguro. Este aviso le informa sobre los cambios en su cobertura, los costos, o área de servicios que entrara en vigor el 1ro de enero de 2023.

La oficina de VICAP de la Ciudad de Alexandria puede ayudarle a revisar su plan de recetas (Parte D) o 'Medicare Advantage' para asegurarse que su plan aun satisface sus necesidades. Si desea ayuda, complete el formulario adjunto y devuélvalo a nuestra oficina y uno de nuestros consejeros trabajara en su solicitud y determinara el mejor plan para usted. Usted también puede ingresar a nuestro sitio de web www.alexandriava.gov/aging para obtener este formulario electrónicamente.

Si usted no tiene Medicare o Parte D o no desea revisar o cambiar su plan, por favor ignore esta carta.

Si usted tiene preguntas adicionales, por favor contacte a nuestra oficina: 703-746-5999 o correo electrónico VICAP@alexandriava.gov.

Atentamente,

VICAP - Programa de Asesoramiento y Asistencia de Seguros de Virginia



For Medicare Part D (Prescription Plan) or Part C (Medicare Advantage Plans)
The **ANNUAL ENROLLMENT PERIOD** for **PART D** is **October 15 to December 7** each year.

Changes made during this period will be effective JANUARY 1, 2022.

For assistance reviewing, changing or enrolling in a plan, please return this form by email, fax, or complete this form online, by visiting our website:

www.alexandriava.gov/aging

FAX: 571-454-7001

Email: VICAP@alexandriava.gov

*****ONLY COMPLETE IF YOU ARE A MEDICARE BENEFICIARY*****

Seeking assistance with:

Prescription plan (Part D)

OR

Medicare Advantage plan (Part C)

In order to provide a personalized Medicare search for prescription drug plans, you must have a Medicare Account. In order for Alexandria City VICAP counselors to provide a drug coverage analysis, you must choose **ONE** of these following options.

Check one of the following:

I do not have a Medicare Account, but I want a personalized search. I give permission for the Alexandria City VICAP Counselors to create a My Medicare Account. Counselors will send me the account username and password with my analysis.

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

I have a Medicare Account and I want a personalized search. I authorize VICAP counselor to access my account information:

Username: _____

Password: _____

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____

Finally, I agree to counseling under provisions and guidelines of the Virginia State Health Insurance and Assistance Program (VICAP). I understand that counselors will use the information that I provide to assist me with my Medicare coverage options and will keep my personal information confidential.

(Name) _____ (Signature) _____ Date _____



Medicare Parte D (Plan de receta) o Parte C (Medicare Advantage)
El PERÍODO de INSCRIPCIÓN ANUAL es del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.

Cambios realizados durante este periodo serán efectivos el 1ro de enero del 2023.
Para obtener asistencia para revisar, cambiar o inscribirse en un plan, devuelva este formulario por correo electrónico, fax o complete este formulario electrónicamente, en nuestro sitio web:

www.alexandriava.gov/aging

FAX: 571-454-7001

Correo electrónico: VICAP@alexandriava.gov

*****SOLAMENTE COMPLETE SI TIENE MEDICARE*****

Necesito ayuda con:

Plan de receta (Parte D)

Medicare Advantage (Parte C)

Para proporcionar un análisis personalizada le pedimos a todos los beneficiarios que busquen planes de recetas, tengan una cuenta de Medicare. Para que nuestros consejeros de VICAP proporcionen un análisis de cobertura de medicamentos, debe elegir UNA de estas siguientes opciones.

Marque UNO de los siguientes:

No tengo cuenta de Medicare, pero quiero un análisis personalizado. Autorizo a los consejeros de Alexandria VICAP a crear una cuenta de Medicare. Los consejeros me enviarán el nombre de usuario y la contraseña con mi análisis.

(Nombre) _____ (Firma) _____ Fecha _____

Yo tengo una cuenta de Medicare y quiero un análisis personalizado. Autorizo a los consejeros de Alexandria VICAP a acceder a mi información de mi cuenta:

nombre de usuario: _____

contraseña: _____

(Nombre) _____ (Firma) _____ Fecha _____

Finalmente, estoy de acuerdo con el consejero bajo las disposiciones y pautas del Programa de Asistencia y Seguro de Salud del Estado de Virginia (VICAP). Entiendo que los consejeros utilizarán la información que proporcione para ayudarme con mis opciones de cobertura de Medicare y mantendrán mi información confidencial.

(Nombre) _____ (Firma) _____ Fecha _____



For Medicare Part D (Prescription Plan) or Part C (Medicare Advantage Plans)
The ANNUAL ENROLLMENT PERIOD for PART D is October 15 to December 7 each year.

**Changes made during this period will be effective JANUARY 1 of the following year.
 For assistance to review and change a plan or enroll in a plan, please return this form.**

Complete this form online, please visit our website: www.alexandriava.gov/aging

FAX: 571-454-7001

Email: VICAP@alexandriava.gov

**Mail to: Alexandria DCHS- Aging and Adult Services Division
 Attn: VICAP
 6101 Stevenson Ave., Suite 200
 Alexandria, VA 22304**

*****ONLY COMPLETE IF YOU ARE A MEDICARE BENEFICIARY*****

NAME as it appears on your Medicare Card: **(Mr./Ms.)** _____

Address: _____ Zip Code: _____

Phone #: _____ Date of Birth: _____ Email: _____

Race: White Black/African American Indian Asian Alaskan Native Other

Person to Contact, If Other Than You: _____

Relationship: _____ Phone: _____ Email: _____

Preferred language: _____ Preferred Pharmacy: _____

Medicare Card #: _____ Part A and B Effective Date: _____

Current Plan (If Any): _____

Do you have: Medicaid? Yes No Marital Status: Single Married

Please provide your monthly gross household income:

under \$906 \$907-\$1153 \$1154-1379 Over \$1549

What is the total worth of your assets?

under \$2000 \$2001 - \$8400 Over \$14,010

LIST OF CURRENT PRESCRIPTION MEDICATIONS. Please do **not** include over-the-counter drugs.

MEDICATION NAME	DOSAGE/STRENGTH	HOW OFTEN TAKEN
EXAMPLE: Atorvastatin	20 mg	twice a day
1.		



Medicare Parte D (Plan de receta) o Parte C (Medicare Advantage)

El PERÍODO de INSCRIPCIÓN ANUAL es del 15 de octubre al 7 de diciembre cada año.

Cambios realizados durante este periodo serán efectivos el 1ro de enero del 2023.

Para obtener asistencia para revisar, cambiar o inscribirse en un plan, devuelva este formulario por correo electrónico, fax o complete este formulario electrónicamente, en nuestro sitio web:

www.alexandriava.gov/aging

FAX: 571-454-7001 o Correo electrónico: VICAP@alexandriava.gov

**Envíe por correo: Alexandria DCHS- Aging and Adult Services Division
Attn: VICAP
6101 Stevenson Ave., Suite 200
Alexandria, VA 22304**

*****SOLAMENTE COMPLETE SI TIENE MEDICARE*****

NOMBRE como aparece en su tarjeta de Medicare: (Sr./Sra.) _____

Dirección: _____ Código Postal: _____

de teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Correo electrónico: _____ Lenguaje preferido: _____

de su tarjeta de Medicare: _____

Fecha de vigencia de Parte A y B: _____ Farmacia Preferida: _____

Raza: Blanco Afro-Americano Indígena de las Américas Asiático Nativa(a) de Alaska Otra raza

Persona que podremos contactar, aparte de usted: _____ Relación: _____

teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Plan actual (si tiene): _____

¿Tiene Medicaid? Si No

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a)

Por favor provea su ingreso familiar bruto mensual:

menos de \$906 \$907-\$1153 \$1154-1379 más de \$1549

¿Cuál es el valor total de sus bienes?

menos de \$2000 \$2001 - \$8400 más de \$14,010

LISTA DE SUS MEDICAMENTOS RECETADOS. Por favor no incluya medicamentos de venta libre.

NOMBRE MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA
EJEMPLO: Atorvastatin	20 mg	dos veces al día
1.		

2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		
21.		
22.		

FOR OFFICE USE ONLY

Date PIF received: _____ Assigned to: _____ Current: \$ _____
 Date Assigned: _____ Date PIF completed: _____ Suggested \$ _____
 Date beneficiary contacted: _____ Follow-up date (if mailed): _____ TOTAL SAVINGS: \$ _____
 Comparison provided by: Phone Mail Email
 Data Entry: Excel log PIF scanned Peer Place STARS # _____