



525-535 West Jefferson Street • Springfield, Illinois 62761-0001 • www.dph.illinois.gov

Para: Todos los participantes del programa **Octubre 25, 2019**

De: Dr. Jeffrey Maras, Administrador

Ref: Inscripción abierta del **2019 Illinois Off-Marketplace 11/01/2019-12/15/2019**

Estimado Participante:

Usted está recibiendo esta carta porque actualmente está inscrito en el Programa de Asistencia de Medicamentos del Departamento de Salud Pública de Illinois o en el Programa de Servicios de CARE. El Departamento de Salud Pública de Illinois recomienda encarecidamente que se inscriba en la cobertura de seguro de salud para el 2020, a través del Mercado de Illinois. **El período de Inscripción Abierta 2020 tendrá lugar entre el 1º de Noviembre de 2019 y el 15 de Diciembre de 2019.** El Departamento de Salud Pública de Illinois solo ayudará con los pagos de primas para los planes de nivel **Silver** (plata). Los proveedores de seguros detallados a continuación ofrecen planes que se pueden comprar fuera del Mercado para aquellos participantes que no son elegibles para inscribirse a través del Mercado.

SILVER (plata) los siguientes proveedores de seguro ofrecerán planes:

- **Blue Cross Blue Shield of Illinois****
- **Health Alliance**

***¡IMPORTANTE!** Las inscripciones DEBEN completarse antes del 15 de Diciembre para la fecha de inicio del 1º de Enero.

****Por favor tome nota:** **Blue Cross Blue Shield of Illinois** se encuentra actualmente en la red de farmacias de CVS Caremark Specialty Pharmacy para afiliados a través de un acuerdo especial negociado con el programa de asistencia médica y medicamentos premia del Departamento de Illinois de Salud Pública.

Como Enrolarse:

1. Reúna una lista de los siguientes documentos para prepararse para su inscripción en el mercado 2020, lleve esto con usted a su cita si se inscribe con un administrador de casos o coordinador de beneficios médicos:
 - ✓ Identificación del estado u otra forma de identificación con su imagen (foto)
 - ✓ Una pieza de correspondencia, teléfono o factura de servicios, alquiler o recibo de alquiler con su dirección actual
 - ✓ Lista de medicamentos - Médicos de atención primaria, especialistas, Clínicas/Hospitales
2. Inscribese en su plan de beneficios seleccionado:
 - a. Los planes de seguro a corto plazo / los planes de salud de asociación, planes de Legacy y **COBRA** **no son elegibles** para asistencia de primas.

- b. El Programa de Medicamentos y Asistencia Premium del Departamento de Illinois esta permitiendo a los participantes dejar que sus polizas de 2019 se renueven para 2020, pero se requieren medidas importantes- **Si no completa estos pasos, posiblemente no se aprueben los pagos de la póliza 2020.** Por favor de referir la carta de certificación de continuación de seguro medico y la atestacion de certificación de continuación de seguro medico ubicada en la parte posterior de este paquete para obtener instrucciones.
3. **Fax Confidencial:** 217-785-8013 o **correo electrónico:** DPH.ADAPFAX@Illinois.gov una copia de su Inscripción para ambos planes médicos y dentales 2020. Espere 15 días para confirmar con su plan de seguro que el Departamento ha realizado los pagos de las primas.
4. **Fax Confidencial:** 217-785-8013 o **correo electrónico:** DPH.ADAPFAX@Illinois.gov una copia de sus tarjetas de seguro 2020 y la factura de la Prima que contiene ID del miembro, ID de la facturación, la nueva prima 2020 y la dirección postal.

Nota Importante:

- Las personas inscritas en la asistencia para la prima **deben completar todas las recetas** a través de la farmacia contratada actual del Programa. Si no se completa a través de la farmacia contratada del Programa, dentro de los 90 días posteriores a la aprobación de la asistencia de la prima, se cancelará el Programa de Asistencia para la Prima.
- **¡IMPORTANTE!** A partir del 10/1/2019, el Departamento de Salud Pública de Illinois habrá realizado pagos para cubrir los meses restantes de su plan de seguro de salud 2019. **Los pagos hacia su plan de seguro 2020 no pueden realizarse hasta que haya enviado su información del plan de seguro 2020.**

¡HAY DOS FORMAS DE ENROLARSE!

OPCION 1: Le recomendamos que se comunique con su Coordinador Regional de Beneficios Médicos / Gerente de Casos Médicos para obtener asistencia para inscribirse en los planes elegibles del Mercado.

Agencia	Agencias por Condado	Administrador de casos médicos o Coordinadores de beneficios médicos
Winnebago County Health Department	Boone, Bureau, Carroll, DeKalb, Henry, Jo Daviess, Lee, Mercer, Ogle, Rock Island, Stephenson, Whiteside, Winnebago	309-762-5433 michelle@tpqc.org
Positive Health Solutions - UIC College of Medicine in Peoria	Fulton, Hancock, Henderson, Knox, LaSalle, Marshall, Mason, McDonough, McLean, Peoria, Putnam, Stark, Tazewell, Warren, and Woodford	309-671-8427 bclayton@uic.edu
SIU School of Medicine	Adams, Brown, Cass, Christian, DeWitt, Green, Logan, Macon, Menard, Montgomery, Moran, Moultrie, Piatt, Pike, Sangamon, Schuyler, Scott and Shelby	217-545-8257 dwhite39@siumed.edu
St. Clair County Health Department	Bond, Calhoun, Clinton, Fayette, Jersey, Macoupin, Madison, Marion, Monroe, Randolph, St. Clair, Washington	618-825-4483 Gary.gasawski@co.st-clair.il.us
Jackson County Health Department	Alexander, Edwards, Franklin, Gallatin, Hamilton, Hardin, Jackson, Jefferson, Johnson, Massac, Perry, Pope, Pulaski, Saline, Union, Wabash, Wayne, White, and Williamson	618-684-3143 (Ext. 301) dawnnaf@jchdonline.org
Champaign-Urbana Public Health District	Champaign, Clark, Clay, Coles, Crawford, Cumberland, Douglas, Edgar, Effingham, Ford, Iroquois, Jasper, Kankakee, Lawrence, Livingston, Richland, and Vermillion	217-531-4316 skilian@c-uphd.org
AIDS Foundation of Chicago	DuPage, Grundy, Kane, Kendall, Lake, McHenry and Will	847-782-4211 marihernandez@catholiccharities.net 630-264-1819 estherh@odhcil.org
	Cook	312-334-0978 LArguello@aidschicago.org 312-784-9085 evillanueva@aidschicago.org 312-784-9075 rmurga@aidschicago.org AFC Health Insurance Hotline: 312-784-9060

OPCION 2: Póngase en contacto con estas compañías de seguros directamente. Ambos proveedores ofrecen planes fuera del mercado. Debe comunicarse directamente con un operador y hablar directamente con un vendedor.

- Health Alliance - (866) 247-3296

- Blue Cross Blue Shield - (866) 514-8044

ACA Pasaporte para coordinación de asistencia de inscripción con IDPH

Lleve este formulario y toda la documentación que se detalla a continuación a su cita con su coordinador de beneficios médicos o administrador de casos médicos. También puede usar este formulario si se inscribe automáticamente por teléfono o a través del sitio web Get Covered Illinois.

Su Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Documentos para llevar a mi cita para la inscripción:

- ✓ Identificación del estado u otra forma de identificación con su imagen (foto)
- ✓ Talones de pago o cheques de su trabajo con fecha dentro de los últimos 90 días (si usted está trabajando actualmente)
- ✓ Una pieza de correspondencia, teléfono o factura de servicios, alquiler o recibo de alquiler con su dirección actual.

MIS MEDICAMENTOS:

1.	5.
2.	6.
3.	7.

Mi médico primario es: _____ en
 _____ clinica/hospital.

Mi médico especialista es: _____ en
 _____ clinica/hospital.

Otro médico especialista: _____ en
 _____ clinica/hospital.

Mo siquiatra es: _____ en
 _____ clinica/hospital.

Actualmente utilizo esta farmacia: _____.

Cuando me enfermo, me dirijo a este hospital: _____.



525-535 West Jefferson Street • Springfield, Illinois 62761-0001 • www.dph.illinois.gov

Fecha: Octubre 25, 2019

Para: Participantes en nuestro programa de asistencia para pólizas de seguro

De: Dr. Jeffery Maras, Administrador

Referente: Preparación para la inscripción abierta del Mercado de Seguros de Illinois 2020

El período de inscripción abierta del 2020 Illinois Insurance Marketplace será un período de seis semanas que comenzará el **1 de noviembre de 2019** y finalizará el **15 de diciembre de 2019**.

El Departamento tomó la decisión de permitir que los clientes transfieran sus planes de seguro médico de 2019 (planes Medicare / Illinois Marketplace) al 2020.

Si actualmente está inscrito en un plan del Mercado o Medicare / Illinois 2019 y no selecciona un nuevo plan para 2020, el Mercado de Seguros de Salud y Medicare / Illinois lo inscribirá en el mismo plan para 2020 o si el plan no se ofrece, un plan similar.

La inscripción automática tendrá lugar y entrará en vigencia el **16 de diciembre de 2019**. Los clientes que deseen renovar su plan 2019 deberán completar la **Certificación de Continuación del Seguro Médico adjunto**. **Este formulario requiere una firma de un tercero, que debe ser un Representante de la Instalación Ryan White; es decir, administrador de casos, coordinador de beneficios médicos, especialista en retención o agente principal.**

Es **importante tener en cuenta** que **todos** los planes de seguro de 2019 serán pagados en su totalidad por el Programa de Asistencia de Seguros Ryan White del Departamento hasta el 31 de diciembre de 2019, y luego se **cerrarán** antes del 1 de noviembre de 2019. Esto significa que todos los clientes, incluidos los clientes que eligen pasar sobre sus planes de 2019, **deben enviar información sobre la cuota 2020** antes de que el Programa envíe los pagos 2020.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de inscripción abierta para los planes 2020 Medicare e Illinois Marketplace, comuníquese con la línea directa Ryan White al 1-800-825-3518.

Primer Nombre del Cliente	Inicial 2do Nom.	Apellido del Cliente
Número de Seguro Social (Si no posee de uno, puede dejar en blanco)	Fecha de Nacimiento	

Al firmar esta declaración jurada, confirmo que no haré ningún cambio en mi plan de seguro de salud durante el período de Inscripción Abierta 2020. Esto significa que mi actual Plan de seguro de salud 2019 se transferirá al año calendario 2020. Reconozco que es mi responsabilidad, como titular de la póliza de seguro, notificar al Programa Ryan White Parte B de cualquier cambio en mi póliza de seguro de salud.

He adjuntado la notificación de transferencia de mi compañía de seguros de salud. Esta notificación contiene el nombre del plan de seguro de salud 2020 y el monto de la prima (costo).

Firma del Cliente (mayor de 12 años)

Fecha

Padre/Madre o Titular (si tiene menos de 12 años) o Representante Legal

Fecha

Firma del Representante

Fecha

Nombre de Agencia