



525-535 West Jefferson Street • Springfield, Illinois 62761-0001 • [www.dph.illinois.gov](http://www.dph.illinois.gov)

Para: Todos los participantes del programa

**Octubre 25, 2019**

De: Dr. Jeffrey Maras, Administrador

Referencia: Inscripción abierta del **2020 Illinois 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 Seguros Médicos de Illinois para el año 2020. El período de Inscripción Abierta para el año 2020 tendrá lugar entre **el 1º de Noviembre y el 15 de Diciembre del 2019**. El Departamento de Salud Pública de Illinois solo ayudará con los pagos de primas para los planes de nivel **Plata (Silver)** que se adquieren en el Illinois Marketplace Exchange.

Planes de nivel **PLATEADO** para las siguientes aseguradoras de salud medica:

- **BlueCross Blue Shield of Illinois\*\***
- **Health Alliance**
- **Ambetter / Celtic Insurance**
- **Cigna**

\* **Importante:** Las inscripciones DEBEN completarse antes del 15 de Diciembre del 2019 para la fecha de inicio del 1º de Enero de 2020.

\*\***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.

**Tenga en Cuenta los Sigüientes Requisitos de Alta Importancia:**

- Si es elegible para inscribirse en uno de los siguientes, **seguro de salud basado en el empleador, Medicare Parte D o Medicaid**, entonces **NO** es elegible para el seguro de Marketplace con asistencia de primas. Se puede solicitar documentación adicional de elegibilidad de Ingresos antes de que el Departamento procese su inscripción.
- 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.
- El Programa de Medicamentos y Asistencia Premium del Departamento de Illinois esta permitiendo a los participantes dejar que sus pólizas 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 atestación de certificación de continuación de seguro medico ubicada en la parte posterior de este paquete para obtener instrucciones.
- Las personas inscritas en la asistencia para la prima de seguros deben ordenar todas las recetas médicas a través de la farmacia contratada actualmente por el Programa. Si no se ordenan a través de la farmacia contratada por el 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 de Seguros.
- **DEBE** seleccionar el "**CRÉDITO TRIBUTARIO DE PRIMA - PREMIUM ADVANCE**" cuando se inscriba en un Plan de Mercado de Seguros Médicos. El Programa de Asistencia de Primas (PAP / CHIC) puede pagar los planes de seguro dental y de visión siempre y cuando los clientes estén inscritos en un programa elegible de medicamentos recetados. **No habrá excepciones para esta disposición.**

## Que Hacer a Continuación

1. \_\_\_\_ Reúna una lista de los siguientes documentos para prepararse para su inscripción en el Mercado de Seguros Médicos para el 2020, llévelos 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)
  - ✓ Formularios de Impuestos Federales del 2018 formas 1040, Schedule 1, 2, 5, IRS 1095 y 8962 cuando sea aplicable.
  - ✓ Talones de ingresos o cheques de su trabajo con fecha dentro de los últimos 90 días (si usted está trabajando actualmente)
  - ✓ Tarjeta o Número de Seguro Social
  - ✓ Una carta o documento como una carta del gobierno, factura de servicios o teléfono, contrato de alquiler o recibo de alquiler con su dirección actual.
  - ✓ Lista de medicamentos - Médicos de atención primaria, especialistas, Clínicas/Hospitales
  
2. \_\_\_\_ Determine si se inscribirá a través de:
  - **Get Covered Illinois** - <http://www.getcovered.illinois.gov> o llámé al (866) 311-1119. Si se inscribe usted mismo usando Get Covered Illinois, por favor imprima y envíe por fax su documentación de inscripción junto con la información de la prima, la dirección donde deben enviarse los pagos y su información de contacto al 217-785-8013 (fax confidencial), le enviaremos el primer pago después de que se haya recibido la documentación.
  - **Coordinador de Beneficios Médicos (CBM)**: comuníquese con su administrador de casos para programar una cita con un coordinador de beneficios médicos en su área (consulte la página 3 para obtener una lista de CBM en su área).
  
3. \_\_\_\_ Inscríbese en su Plan de beneficios seleccionado: solo podemos pagar los **PLANES PLATA** para el 2020 que hayan sido aprobados por el Departamento, que se pueden encontrar en la primera página de este paquete de información.
  
4. \_\_\_\_ **Envíe un Fax Confidencial**: 217-785-8013 o **correo electrónico**: DPH.ADAPFAX@Illinois.gov una copia de su Inscripción para ambos planes médico y dental del 2020. Por favor espere 15 días para confirmar con su plan de seguro que el Departamento ha realizado los pagos de las primas.
  
5. \_\_\_\_ **Envíe un Fax Confidencial**: 217-785-8013 o **correo electrónico**: DPH.ADAPFAX@Illinois.gov una copia de sus tarjetas de seguro del 2020 y factura de la prima con Identificación de miembro y Facturación que muestra el valor de la prima y la nueva dirección postal del 2020.

**¡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 del 2019. **Los pagos hacia su plan de seguro del 2020 no pueden realizarse hasta que usted haya enviado su información del plan de seguro del 2020 al Departamento.**

El Departamento recomienda enfáticamente que todos los clientes se comuniquen con el Coordinador de Beneficios Médicos en su región, quien lo ayudará a inscribirse en el plan de seguro que sea adecuado para usted. Los Coordinadores de beneficios médicos saben qué planes están aprobados por el Departamento y pueden coordinar cada plan para asegurarse de que sus médicos actuales estén en la red. Consulte la tabla incluida con esta carta, para determinar cual agencia debe contactar.

**Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con la Línea Directa del Departamento: 800-825-3518 Fax: 217-785-8013 Correo electrónico: DPH.ADAPFAX@Illinois.gov (esta no es una dirección de correo electrónico encriptada) o comuníquese con su Administrador de casos / Coordinador de beneficios médicos para asistencia.**

**¡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 de seguros Médicos.

Agencia	Agencias por Condado	Administrador de casos médicos o Coordinadores de beneficios médicos
<b>Winnebago County Health Department</b>	Boone, Bureau, Carroll, DeKalb, Henry, Jo Daviess, Lee, Mercer, Ogle, Rock Island, Stephenson, Whiteside, Winnebago	309-762-5433 <a href="mailto:michelle@tpqc.org">michelle@tpqc.org</a>
<b>Positive Health Solutions - UIC College of Medicine in Peoria</b>	Fulton, Hancock, Henderson, Knox, LaSalle, Marshall, Mason, McDonough, McLean, Peoria, Putnam, Stark, Tazewell, Warren, and Woodford	309-671-8427 <a href="mailto:bclayton@uic.edu">bclayton@uic.edu</a>
<b>SIU School of Medicine</b>	Adams, Brown, Cass, Christian, DeWitt, Green, Logan, Macon, Menard, Montgomery, Moran, Moultrie, Piatt, Pike, Sangamon, Schuyler, Scott and Shelby	217-545-8257 <a href="mailto:dwhite39@siumed.edu">dwhite39@siumed.edu</a>
<b>St. Clair County Health Department</b>	Bond, Calhoun, Clinton, Fayette, Jersey, Macoupin, Madison, Marion, Monroe, Randolph, St. Clair, Washington	618-825-4483 <a href="mailto:Gary.gasawski@co.st-clair.il.us">Gary.gasawski@co.st-clair.il.us</a>
<b>Jackson County Health Department</b>	Alexander, Edwards, Franklin, Gallatin, Hamilton, Hardin, Jackson, Jefferson, Johnson, Massac, Perry, Pope, Pulaski, Saline, Union, Wabash, Wayne, White, and Williamson	618-684-3143 (Ext. 261) <a href="mailto:carriev@jchdonline.org">carriev@jchdonline.org</a>
<b>Champaign-Urbana Public Health District</b>	Champaign, Clark, Clay, Coles, Crawford, Cumberland, Douglas, Edgar, Effingham, Ford, Iroquois, Jasper, Kankakee, Lawrence, Livingston, Richland, and Vermillion	217-531-4316 <a href="mailto:skilian@c-uphd.org">skilian@c-uphd.org</a>
<b>AIDS Foundation of Chicago</b>	DuPage, Grundy, Kane, Kendall, Lake, McHenry and Will	847-782-4211 <a href="mailto:marihernandez@catholiccharities.net">marihernandez@catholiccharities.net</a>  630-264-1819 <a href="mailto:estherh@odhcil.org">estherh@odhcil.org</a>
	Cook	312-334-0978 <a href="mailto:LArguello@aidschicago.org">LArguello@aidschicago.org</a>  312-784-9085 <a href="mailto:evillanueva@aidschicago.org">evillanueva@aidschicago.org</a>  312-784-9075 <a href="mailto:rmurga@aidschicago.org">rmurga@aidschicago.org</a>  AFC Health Insurance Hotline: 312-784-9060

**OPCION 2:** Inscribirse en línea por medio de: [www.getcoveredillinois.gov](http://www.getcoveredillinois.gov) o (866) 311-1119.

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 usted mismo 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 de ACA:**

- ✓ Identificación del estado u otra forma de identificación con su imagen (foto)
- ✓ Formularios de Impuestos Federales del 2018 formas 1040, Schedule 1, 2, 5, IRS 1095 y 8962 cuando sea aplicable.
- ✓ Talones de ingresos o cheques de su trabajo con fecha dentro de los últimos 90 días (si usted está trabajando actualmente)
- ✓ Tarjeta o Número de Seguro Social
- ✓ Una carta o documento como una carta del gobierno, factura de servicios o teléfono, contrato de alquiler o recibo de alquiler con su dirección actual.
- ✓ Lista de medicamentos - Médicos de atención primaria, especialistas, Clínicas/Hospitales

**MIS MEDICAMENTOS:**

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

Mi médico primario es: \_\_\_\_\_ en  
\_\_\_\_\_ clínica/hospital.

Mi médico especialista es: \_\_\_\_\_ en  
\_\_\_\_\_ clínica/hospital.

Otro médico especialista que yo veo: \_\_\_\_\_ en  
\_\_\_\_\_ clínica/hospital.

Mi siquiatra es: \_\_\_\_\_ en  
\_\_\_\_\_ clínica/hospital.

Actualmente utilizo esta farmacia local: \_\_\_\_\_.

Cuando me enfermo, me dirijo a este hospital: \_\_\_\_\_.



525-535 West Jefferson Street • Springfield, Illinois 62761-0001 • [www.dph.illinois.gov](http://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