



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

Para: Todos los participantes del programa **16 Octubre 2018**

De: Dr. Jeffrey Maras, Administrador

Ref: Inscripción abierta del **2019 Illinois Off-Marketplace 11/01/2018-12/15/2018**

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 2019, a través del Mercado de Illinois. **El período de Inscripción Abierta 2019 tendrá lugar entre el 1 de noviembre de 2018 y el 15 de diciembre de 2018.** 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 1 de enero.

**Como Enrolarse:**

Reúna una lista de los siguientes documentos para prepararse para su inscripción en el mercado 2019, 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

Inscríbase en su plan de beneficios seleccionado:

- Los planes de seguro a corto plazo / los planes de salud de asociación **no son elegibles** para asistencia de primas.
- Los clientes que actualmente están inscritos u ofrecieron **COBRA** deben cambiar a un plan del Mercado durante la inscripción abierta si desean continuar con la Asistencia Premium. COBRA ya no es elegible para Asistencia Premium.

**Fax Confidencial:** 217-785-8013 o **correo electrónico:** [DPH.ADAPFAX@Illinois.gov](mailto:DPH.ADAPFAX@Illinois.gov) una copia de su Inscripción para ambos planes médicos y dentales 2019. Espere 15 días para confirmar con su plan de seguro que el Departamento ha realizado los pagos de las primas.

**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 10/1/2018, el Departamento de Salud Pública de Illinois habrá realizado pagos para cubrir los meses restantes de su plan de seguro de salud 2018. **Los pagos hacia su plan de seguro 2019 no pueden realizarse hasta que haya enviado su información del plan de seguro 2019.**

**¡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.

<b>Agencia</b>	<b>Agencias por Condado</b>	<b>Administrador de casos médicos o Coordinadores de beneficios médicos</b>
<b>Winnebago County Health Department</b>	Boone, Bureau, Carroll, DeKalb, Henry, Jo Daviess, Lee, Mercer, Ogle, Rock Island, Stephenson, Whiteside, Winnebago	309-762-5433 michelle@tpqc.org
<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	309-495-1697 mbrothan@uic.edu
<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 dwhite39@siumed.edu
<b>St. Clair County Health Department</b>	Bond, Calhoun, Clinton, Fayette, Jersey, Macoupin, Madison, Marion, Monroe, Randolph, St. Clair, Washington	618-825-4483 Gary_gasawski@co.st-clair.il.us
<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. 301) dawnnaf@jchdonline.org
<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 skilian@c-uphd.org
<b>AIDS Foundation of Chicago</b>	DuPage, Grundy, Kane, Kendall, Lake, McHenry and Will	847-782-4052 fgonzalez@catholiccharities.net  847-782-4231 jclark@catholiccharities.net  630-264-1819 estherh@odhcil.org
	Cook	312-784-9071 mfracm@aidschicago.org  312-784-9085 evillanueva@aidschicago.org  312-784-9075 rmurga@aidschicago.org

**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: \_\_\_\_\_.