

12/09/10



HFS Case #: 2958746532158759

JOHN DOE  
12358 MAIN STREET  
DES PLAINES, IL 60016-0000

Estimado/a Sr./Sra. JOHN DOE:

Hace unas semanas, el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois, a través de Illinois Client Enrollment Broker [Agencia de Inscripción de Cliente de Illinois- ICEB, por sus siglas en inglés], le envió un paquete de inscripción para elegir un plan de salud y un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) como su hogar médico para usted y los integrantes de su familia que aparecen enumerados a continuación. Queremos informarle que no hemos recibido las opciones de hogar médico que desea elegir para usted y su familia.

Su hogar médico es el primer lugar al que usted acudirá cuando necesite atención médica o esté enfermo. Su PCP es el médico, enfermero/a u otro proveedor de salud que le brinda atención médica a usted y a su familia en su hogar médico. Su PCP llegará a conocerle bien y de esa forma usted y su familia recibirán la atención médica de calidad que necesitan para mantenerse sanos. Es bueno que tenga un hogar médico, incluso si usted es sano y nunca se enferma.

**Todos los planes de salud disponibles son buenas opciones. Estos son:**

**Illinois Health Connect - 01 Harmony Health Plan - 02 Family Health Network - 03 Meridian Health Plan - 04**

**Por favor envíenos la opción elegida para cada una de las personas nombradas a continuación antes del 02/11/11. Si no tenemos noticias suyas antes de esta fecha, a usted y a los miembros de su familia se les asignará el plan de salud y PCP que aparecen a continuación.**

Nombre del integrante familiar	# ID del Receptor	Plan de Salud	Nombre del PCP
John Doe	123456789	Illinois Health Connect	James Smith

**Para elegir hoy un PCP y un plan de salud:**

- Complete el formulario de inscripción adjunto y envíelo por correo postal en el sobre provisto.
- Llámenos al 1-877-912-8880. Si usa TTY, llame 1-866-565-8576. La llamada es gratuita. Le brindaremos información que le ayude a elegir un PCP y un plan de salud. ¡Inscribirse por teléfono es la forma más rápida y sencilla de inscribirse!
- Visite nuestro sitio en Internet [www.illinoisceb.com](http://www.illinoisceb.com) y haga clic en "Enroll".

Después de elegir su PCP y plan de salud, usted recibirá una carta de confirmación por correo postal.

**Usted puede recibir información en otro idioma o formato (como cinta de audio).**

¡Servicio de interpretación gratis!

Llame al 1-877-912-8880 (TTY 1-866-565-8576)

**Hay información en español. ¡Servicio de intérprete gratis!**

Llame al 1-877-912-8880 (TTY 1-866-565-8576)



### FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

#### INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Elija un **PLAN DE SALUD** y un **PCP** (Proveedor de Cuidado Primario) para cada una de las personas de la lista que aparece a continuación.

NOMBRE	ID DEL BENEFICIARIO	FECHA DE NACIMIENTO	# ID DEL PLAN DE SALUD	NOMBRE DEL PCP Y ID	DIRECCIÓN DEL PCP
John Doe	123456789	04/03/81			

#### PREGUNTAS DE SALUD

Por favor conteste las siguientes preguntas de salud. Sus respuestas ayudarán a su doctor a brindarles atención médica de calidad a usted y a su familia. Sus respuestas son confidenciales y no afectarán su inscripción.

1. ¿Alguna de las personas que aparecen en la lista anterior está embarazada?  SÍ  NO

NOMBRE(S)

FECHA ESTIMADA DE PARTO(S)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. ¿Alguna de las personas que aparecen en la lista anterior tiene asma, diabetes o alguna otra enfermedad crónica?  SÍ  NO

NOMBRE(S)

ENFERMEDAD (ES)

NOMBRE DEL DOCTOR(ES)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. ¿Alguna de las personas que aparecen en la lista de arriba va a un especialista para cuidado a largo plazo?  SÍ  NO

NOMBRE(S)

NOMBRE DEL ESPECIALISTA(S)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### FIRMA E INFORMACIÓN PARA CONTACTARLO

• Si usted recibió ayuda para llenar este formulario de un representante de mercadotecnia para planes de salud, por favor marque los espacios pertinentes:

Nombre y número de ID del representante de mercadotecnia que me ayudó: \_\_\_\_\_

Fui informado sobre todas las opciones de planes de salud.

He elegido el plan de salud y el PCP para cada miembro de mi familia que aparece en la lista de arriba.

• Por favor llene su dirección y número de teléfono actual en caso de que necesitemos contactarlo sobre este formulario. El Jefe del Caso debe firmar y poner la fecha en este formulario.

\_\_\_\_\_  
Mi Número de Teléfono Actual

\_\_\_\_\_  
Mi Dirección Actual

\_\_\_\_\_  
Mi Ciudad, Estado y Código Postal Actual

\_\_\_\_\_  
Mi Nombre en Letras de Molde

\_\_\_\_\_  
Mi Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmado