

12/09/10



HFS Case #: 2958746532158759



JOHN DOE  
12358 MAIN STREET  
OHIO GROVE, IL 61231-0000

Estimado/a Sr./Sra. JOHN DOE:

El Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (HFS, por sus siglas en inglés), a través de Illinois Client Enrollment Broker [Agencia de Inscripción de Cliente de Illinois- ICEB, por sus siglas en inglés] le está enviando este paquete de inscripción para informarle sobre las opciones que tiene para recibir atención médica. En este momento usted debe elegir un plan de salud y un Proveedor de Cuidado Primario (PCP) como hogar médico para usted y los integrantes de su familia que aparecen enumerados a continuación.

Un hogar médico es el primer consultorio médico o clínica a donde acude cuando necesita atención médica o está enfermo. Usted consultará a su PCP en su hogar médico. Su PCP es el médico familiar, enfermero/a u otro proveedor de salud que le brinda atención médica a usted y su familia en su hogar médico. Tener un hogar médico significa que usted y su familia reciben la atención médica de calidad que necesitan para mantenerse sanos.

Por favor lea todo el contenido de este paquete, incluyendo la Guía de Información de Illinois Client Enrollment Broker. Ésta le ayudará a elegir la mejor opción para usted y su familia.

Todos los Planes de Salud disponibles son buenas opciones:

Illinois Health Connect - 01	Meridian Health Plan - 04
Nombre del integrante familiar	# ID de Receptor
John Doe	123456789

### CÓMO INSCRIBIRSE

- ELIJA UN PLAN DE SALUD:** Para obtener ayuda sobre cómo elegir un plan de salud, lea la "Guía de Información de Illinois Client Enrollment Broker" que encontrará adjunta.
- ELIJA UN PCP:** Elija un PCP en el plan de salud que seleccionó. Para obtener ayuda sobre cómo elegir un PCP, lea los "Consejos de Inscripción" que encontrará adjuntos.
- INSCRÍBASE:** Existen tres formas para inscribirse.
  - POR TELÉFONO:** Llame a Illinois Client Enrollment Broker al teléfono 1-877-912-8880 (TTY 1-866-565-8576). La llamada es gratuita. **¡Inscribirse por teléfono es la forma más rápida y sencilla de inscribirse!**
  - POR CORREO:** Complete el formulario de inscripción y envíelo por correo postal en el sobre provisto.
  - POR INTERNET:** Visite el sitio de Internet de Illinois Client Enrollment Broker [www.illinoisceb.com](http://www.illinoisceb.com) y haga clic en "Enroll".

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

**Por favor elija un plan de salud y un PCP para cada una de las personas nombradas anteriormente antes del 02/11/11. Usted no tiene que elegir el mismo plan de salud o PCP para cada integrante de su familia. Si no tenemos noticias tuyas antes de esta fecha, nosotros elegiremos un Plan de Salud y un PCP para usted.**

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)

Questions? Call Illinois Client Enrollment Broker at 1-877-912-8880.  
If you use a TTY, call 1-866-565-8576.  
The call is free.  
Or, go online at [www.illinoisceb.com](http://www.illinoisceb.com).



### 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.

_____	_____	_____
<b>Mi Número de Teléfono Actual</b>	<b>Mi Dirección Actual</b>	<b>Mi Ciudad, Estado y Código Postal Actual</b>
_____	_____	_____
<b>Mi Nombre en Letras de Molde</b>	<b>Mi Firma</b>	<b>Fecha Firmado</b>