

12/09/10



HFS Case #: 2958746532158759



JOHN DOE
12358 MAIN STREET
CHICAGO, IL 60624-1601

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 Proveedor de Cuidado Primario (PCP) en Illinois Health Connect 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.

El Plan de Salud disponible para usted es:

Illinois Health Connect - 01

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 a Illinois Health Connect 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 Illinois Health Connect PCP:

- 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 en Illinois Health Connect; Inscribirse por teléfono es la forma más rápida y sencilla de inscribirse!
- Visite nuestro sitio en Internet www.illinoisceb.com y haga clic en "Enroll".

Después de elegir su Illinois Health Connect PCP, 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