



Información importante acerca de su cobertura de prescripciones y/o su asistencia con las primas del seguro de salud

¡Por favor mantenga este documento en un lugar seguro!

Nº de ID del Cliente: _____ Fecha de finalización de elegibilidad: _____

Nombre del trabajador de inscripción (EW*): _____

Nº telefónico del EW: _____ Nombre y Nº del sitio de inscripción: _____

Mantenimiento de la elegibilidad

Reinscripción anual para: _____ Recertificación a medio año para: _____

Reinscripción anual: Ocurre cada año en su cumpleaños. Aproximadamente 45 días anterior a su cumpleaños recibirá una carta por correo del departamento de salud pública de California (CDPH*).

Recertificación a medio año: Ocurre 6 meses después de su cumpleaños. Aproximadamente 45 días anterior a su fecha de recertificación recibirá el formulario de auto-verificación (**SVF***) de CDPH por correo. Siga las instrucciones en el formulario para recertificarse.

Si está inscrito en el programa de seguro de salud de la oficina del SIDA, se le pedirá que presente su facturación más reciente tanto en la reinscripción anual como en la recertificación a medio año

Nombres de los programas

CDPH se referirá a nuestros programas como el Programa para Asistencia con Medicamentos y el Programa de Asistencia de Seguro para proteger su privacidad.

El Programa de Asistencia para Medicamentos se refiere al Programa de Asistencia para Medicamentos contra el SIDA (**ADAP***) el cual ayuda a pagar copagos o el costo total de sus medicamentos.

El Programa de Asistencia de Seguro se refiere a los programas que pagan las primas del seguro,

El Programa de Asistencia de Pago de Primas de Medicare Parte D (**MDPP***)

El Programa de pago de prima de seguro de salud de la oficina del SIDA (**OA-HIPP***)


El programa de pago de primas del seguro de salud basado en el empleador (**EB-HIPP***)

Gastos ambulatorios del bolsillo (**MOOPS***): Si usted está inscrito en un programa de asistencia de seguro tiene elegibilidad para que CDPH cubra sus gastos del bolsillo que cuenten hacia el monto máximo de gastos del bolsillo de su seguro.




¿Qué puede esperar por correo?

Ejemplo del SVF



Karen L. Smith, MD, MPH
Directora y oficial de salud del estado de



EDMUND G. BROWN, JR.
Governor

Formulario de auto-verificación (SVF)

Fecha _____ N° de identificación del cliente: _____ Recertificar antes de: _____

1. ¿Todavía reside en [LA DIRECCION RESIDENCIAL]?
 Nota: Su dirección de correo puede ser diferente de su dirección residencial.
 Sí. De ir a la pregunta número 2. No. Deténgase y comuníquese con su trabajador de inscripción.

2. ¿Sigue siendo su ingreso anual del hogar [INGRESO]?
 Si sus ingresos han cambiado consulte la tabla de ingresos en la parte posterior de este formulario.
 Si su ingreso sigue dentro de las pautas Marque "sí", si no, marque "no" y comuníquese con su trabajador de inscripción.
 Sí. De ir a la pregunta número 3. No. Deténgase y comuníquese con su trabajador de inscripción.

3. Nuestros registros indican que usted tiene [SEGURO MEDICO]. ¿Es esto correcto?
 Sí. De ir a la pregunta número 4. No. Deténgase y comuníquese con su trabajador de inscripción.

Si marcó "no" a cualquiera de las preguntas anteriores, deténgase. No devuelva el SVF por correo. Debe comunicarse con su trabajador de inscripción.

4. ¿Está usted inscrito en un programa de asistencia de seguros (vea los programas y requisitos abajo)?
 Sí. Vea la casilla de abajo. No sé. Comuníquese con su trabajador de inscripción o CDPH.
 No. Ir al reconocimiento del cliente.

- ❖ Programa de pago de primas de seguro de salud (HIPP, por sus siglas en inglés): Envíe una copia de su estado de cuenta de seguro de salud más reciente. Si usted no presenta una copia de su información de seguro médico más reciente, su asistencia de seguro puede ser cancelada o los pagos hechos a su plan de seguro pueden ser insuficientes.
- ❖ Programa de pago de prima de seguro de salud basado en el empleador de (EB-HIPP, por sus siglas en inglés): Si su prima(s) o empleador ha cambiado, debe presentar un nuevo formulario de acuerdo de participación de EB-HIPP y un nuevo cheque fechado en los últimos 3 meses. Comuníquese con su trabajador de inscripción o CDPH para obtener el formulario.
- ❖ Programa de pago Primas de Medicare Parte D (MDPP, por sus siglas en inglés) usted no necesita enviar un estado de cuenta de facturación.
- ❖ Medigap pago de primas en el programa de MDPP: Envíe una copia de su declaración de facturación de Medigap más reciente.

Reconocimiento del cliente
 Estoy proporcionando información sobre este formulario para continuar mi elegibilidad en el programa. Entiendo que se me puede negar servicios de programa si he dado información falsa o si no puedo dar información completa por la fecha final de elegibilidad arriba. Al firmar a continuación, certifico, al mejor de mis conocimientos, que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Nombre completo del cliente (imprimir): _____ N° de teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

Si marco "sí" a las preguntas 1-3, puede devolver el SVF por correo a: CDPH, P.O. Box 997426, MS 7708, Sacramento, CA 95899-9908. Si marco "no" a cualquiera de las preguntas 1, 2 o 3, usted no puede devolver el SVF por correo. Usted debe reunirse con su trabajador de inscripción. Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con su trabajador de inscripción o CDPH al (844) 421-7050.

Carta de renovación anual



Karen L. Smith, MD, MPH
Directora & State Health Officer

State of California—Health and Human Services Agency
California Department of Public Health



EDMUND G. BROWN, JR.
Governor

Dear Client:

Your prescription coverage is ending soon. Please contact your enrollment worker by <Orig Eligibly End Dt> to renew your eligibility. You will need to meet with your enrollment worker to submit all of the required documentation in order to reassess your eligibility for the medication assistance program and (if applicable) health insurance assistance program. If you do not know your enrollment workers contact information, please call our Customer Service at 844-421-7050.

Su cobertura de recetas médicas finalizará pronto. Comuníquese con encargado de las inscripciones antes del <Orig Eligibly End Dt> para renovar su elegibilidad. Deberá reunirse con el encargado de las inscripciones para presentar toda la documentación necesaria a fin de reevaluar su elegibilidad para el programa de asistencia de medicamentos y (si corresponde) el programa de asistencia de seguro de salud. Si no tiene la información de contacto del encargado de las inscripciones, comuníquese con nuestro Servicio de Atención al Cliente al 844-421-7050.

您的处方承保即將結束。請在 [7/9/2018] 之前聯絡您的註冊入保工作人員，以更新您的資格並將需要與入保工作人員會面 提交所 需之需的文件 以重新評估您的藥物援助計劃和 (如適用) 健康保險援助計劃的資格。若您不清楚入保工作人員的聯絡資訊，請致電我們的客戶服務部：844-421-7050。

Ang iyong coverage sa inireresetang gamot ay malapit nang magtapos. Mangyaring makipag-ugnayan sa iyong enrollment worker hanggang 7/9/2018 upang i-renew ang iyong pagiging karapat-dapat. Kakailanganin mong makipagkita sa iyong enrollment worker upang isumite ang lahat ng kinakailangang dokumento upang muling matasa ang iyong pagiging karapat-dapat para sa programang tulong sa gamot at (kung naaangkop) programang tulong sa segurong pangkalusugan. Kung hindi mo alam ang impormasyong pangkontak sa iyong enrollment worker, mangyaring lawagan ang aming Serbisyo sa Kostumer sa 844-421-7050.



Tarjeta de Magellan RX para los beneficios de farmacia y medicamentos (ADAP)



Tarjeta de Pool Administrators INC (PAI*) para primas de seguro y MOOPS

(Los clientes solo recibirán esta tarjeta si están inscritos en un programa de asistencia de seguro) **



Información de contacto

Para preguntas sobre **su inscripción, elegibilidad del programa, o información general:**

Departamento de Salud Pública de California
 Teléfono: (844) 421-7050
 Fax: (844) 421-8008
 Correo electrónico:
CDPHMedAssistFax@cdph.ca.gov
 Disponibles lunes a viernes, 8AM – 5PM



Para preguntas relacionadas con **prescripciones, farmacias, copagos, el formulario de medicamentos, o la ubicación de farmacias:**

Teléfono de Magellan Rx: (800) 424-5906
 Disponibles 24 horas al día, 7 días a la semana



Para preguntas sobre **reclamos de MOOP y primas del seguro de Salud**

Teléfono de PAI: (877) 495-0990
 Disponibles lunes a viernes, 8AM – 5PM



* por sus siglas en inglés ** OA-HIPP, MDPP, EB-HIPP, y MOOP