COMMONWEALTH of VIRGINIA

Department of Health

MARISSA J. LEVINE, MD, MPH, FAAFP
STATE HEALTH COMMISSIONER

PO BOX 2448
RICHMOND, VA 23218

TTY 7-1-1 OR
1-800-828-1120

November 1, 2017

Dear Client:

You are getting medicine from the Virginia Department of Health's (VDH) programs. You may be able to get health insurance in 2018. VDH can help you sign up for a plan. VDH can pay for your monthly premiums and prescriptions if you are eligible. **You can sign up for health insurance from November 1, 2017 – December 15, 2017. The steps below will help you sign up.**

Step 1: Eligibility
You must have a current eligibility on file with VDH. Every six months you should update your eligibility information. This is how you remain eligible for the medication assistance program. You should contact VDH anytime you move or you need to update your information.

Step 2: See if you qualify for health insurance.
You qualify for health insurance if you are a U.S. citizen or have documentation of legal immigration status. If you do not qualify, you should keep getting medicine the same way you do now.

Step 2: Start your application.
You need to have your Social Security Number, proof of income, and home address to apply.

- **a.** **BEST OPTION – Apply in person.** You can visit someone in your area trained to help people get health insurance. Benalytics is helping VDH enroll people in health insurance this year. You can call Benalytics at (855) 483-4647, or your doctor to find help. Take this letter and the "Authorization to Use and Exchange Information" form with you when you apply in person.
- **b.** Apply online – You must have an email address. Go to www.healthcare.gov to get started.
- **c.** Apply by phone – Call (800) 318-2596 to set up an account and apply.

Step 3: Pick a plan.

- **a.** VDH will support all marketplace plans from Cigna, CareFirst, Healthkeepers (Anthem), Kaiser, and Piedmont. VDH will support all marketplace plans from Optima except OptimaFit Gold.
- **b.** Many places in Virginia only have one insurance company to choose from for health insurance. The doctor you see now for medical care related to this program might not take the only health insurance plan available in your area. You should still sign up for that plan if it is your only choice. You can get your medications through your health

insurance. VDH will work with the doctor you see to make sure that you can receive medical care related to this program. Please call VDH at (855) 362-0658 or your doctor if you have questions.

c. You must sign up for a Silver plan if your household income is from $11,880 - $29,700. You can sign up for any plan if your income is lower or higher than that.

d. VDH can only pay for an Individual plan. VDH cannot pay for a Family plan unless all family members receive medicine from VDH.

e. You must apply any tax credits you get to your monthly bill when you sign up.

Step 4: You must send VDH this information by December 18, 2017. VDH cannot pay your premium without this information. Benalytics will send this information to VDH if they help you sign up.

Information Needed	Mailing Address & Fax Number
• Insurance company and plan name • Member ID number • Monthly premium amount • The date your insurance plan begins • The Maximum out of Pocket (MOOP)	**Virginia Department of Health** **Health Care Services Unit, 1st Floor** **James Madison Building** **109 Governor Street** **Richmond, VA 23219** **(804) 864-8050**

Step 5: Complete the enclosed Authorization to Use and Exchange Information. Take it with you if you have someone to help you. Your helper should fax it to (804) 864-8050.

Please call VDH at (855) 362-0658 if you have any questions.

Sincerely,

The Virginia Department of Health

Enclosures: Authorization to Use and Exchange Information

COMMONWEALTH of VIRGINIA

Department of Health

MARISSA J. LEVINE, MD, MPH, FAAFP
STATE HEALTH COMMISSIONER

PO BOX 2448
RICHMOND, VA 23218

TTY 7-1-1 OR
1-800-828-1120

1 de noviembre de 2017

Estimado cliente:

Usted está recibiendo sus medicinas a través de los programas del Departamento de Salud de Virginia (VDH). Usted podría obtener seguro de salud en el 2018. VDH puede ayudarle a inscribirse en un plan. VDH puede pagar su prima mensual del seguro y sus medicamentos recetados si usted es elegible. **Puede inscribirse en un seguro de salud entre el 1 de noviembre de 2017 y el 15 de diciembre de 2017. Los siguientes pasos le ayudarán a inscribirse:**

Paso 1: Elegibilidad
Usted debe tener actualizada su elegibilidad en los expedientes de VDH. Cada seis meses usted debe actualizar su información de elegibilidad. Esta es la manera de mantenerse elegible para el programa de asistencia con los medicamentos. Usted debe ponerse en contacto con VDH en todo momento que se mude o necesite actualizar su información.

Paso 2: Averigüe si califica
Usted califica para un seguro de salud si es ciudadano estadounidense o si tiene documentación de un estatus migratorio legal. Si no califica, usted deberá seguir recibiendo sus medicinas de la misma manera que actualmente las recibe.

Paso 3: Inicie su solicitud.
Usted necesita tener su número de Seguro Social, comprobante de ingresos y dirección de casa para solicitar.

- **a.** **MEJOR OPCIÓN - Aplicar en persona.** Visite a alguien en su área capacitado para ayudar a las personas a obtener seguro de salud. Visite www.acahelpva.org o llame al (866) 659-7474 para obtener asistencia. Lleve esta carta y el formulario de "Autorización para usar e intercambiar información" cuando solicite en persona. O llame a nuestro nuevo socio, Benalytics, al (855) 483-4647. Pueden brindarle asistencia personal para inscribirse en un seguro de salud.
- **b.** Solicite por medio de la red – Usted debe tener una dirección de correo electrónico. Visite: www.healthcare.gov para empezar.
- **c.** Solicite por teléfono—Llame al (800) 318-2596 para establecer una cuenta y hacer su solicitud.

Paso 4: Elija un plan.

- **a.** VDH apoyará todos los planes para estas compañías de seguros: Kaiser, Cigna, CareFirst, Healthkeepers (Anthem) y Piedmont. VDH también respaldará todos los planes de mercado de Optima, *excepto OptimaFit Gold.*
- **b.** Debe inscribirse en un plan de cobertura Plata si el ingreso de su hogar es entre $11,880-$29,700. Puede inscribirse en cualquier plan si su ingreso es más bajo o más alto que las cantidades mencionadas.
- **c.** VDH solo puede pagar un plan Individual. VDH no puede pagar por un plan Familiar, al menos que todos los miembros de la familia reciban medicamentos de VDH.
- **d.** Usted debe aplicar cualquier crédito de impuestos que obtenga a su factura mensual al momento de inscribirse.

Paso 5: Debe enviar esta información a VDH a más tardar el 18 de diciembre del 2017. VDH no puede pagar sus primas sin esta información.

Información Necesaria	Dirección de correo y número de fax
• Nombre de la compañía y del plan • Número de identificación del miembro • Monto de la prima mensual • Fecha cuando comienza su plan de seguro • Pago Máximo del Bolsillo (MOOP)	**Virginia Department of Health** **Health Care Services Unit, 1st Floor** **James Madison Building** **109 Governor Street** **Richmond, VA 23219** **(804) 864-8050**

Paso 6: Complete el formulario "Autorización para usar e intercambiar información". Llévelo con usted si tiene alguien que le ayude. Su ayudante deberá mandarlo por fax al (804) 864-8050.

Por favor llame a VDH al (855) 362-0658 si tiene preguntas.

Atentamente,

El Departmento de Salud de Virginia

Incluido: Autorización para usar e intercambiar información.

Authorization to Use and Exchange Information
Commonwealth of Virginia

I understand that different agencies provide different services and benefits, and that each agency must have specific information to provide services and benefits. By signing this form, I allow agencies to use and exchange certain information about me so it will be easier for them to work together efficiently to provide or coordinate these services or benefits.

I, (Print Name) _____ am a client in the Medication Access Program through the Virginia Department of Health (VDH).

I want the following confidential information to be exchanged (Please check all that apply):
☐ Financial Information ☐ Address Information ☐ Medication Information

I want this information to be exchanged ONLY for the following purpose:
I want VDH and _____ to use and exchange the
(Name of assisting agency representative)
information above to help with enrollment in a VDH-approved health insurance plan offered through the Affordable Care Act (ACA) in Virginia.

This authorization is good until:
☐ I am enrolled in a VDH-approved ACA Insurance Plan ☐Other: _____

I also agree to the following so I can be eligible for help from VDH with paying my Insurance Premiums and Medication Co-pays:

- **Tax Credit Information**
  I may be eligible for a tax credit in the Health Insurance Marketplace to lower my premium cost. If I am eligible for a tax credit I will choose for the credit to be applied to the premium at the time of application. This will lower the cost of the insurance premium.
- **"In-Network" Pharmacy**
  I agree to use a pharmacy that accepts my health insurance. This is called an "In-Network" pharmacy.
- **Individual Plans**
  I agree that I will only enroll in an individual plan, and understand that VDH cannot support a family plan unless all members of my family get their medication from VDH.

I can withdraw this authorization at any time by telling the referring agency. The listed agencies must stop sharing information after they know my authorization has been withdrawn. I have the right to know what information has been shared and why, when and with whom it was shared. If I ask, each agency will show me this information. I want all agencies to accept a copy of this form as a valid authorization to share information. If I do not sign this form, information will not be shared and I will have to contact each agency individually to give information about me that is needed. However, I understand that services cannot be conditioned upon whether I sign this authorization. There is potential for information disclosed pursuant to this authorization to be re-disclosed by the recipient and not be subject to the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Privacy Rule.

Print Name:	Date of Birth:
Client Signature:	Date:

Autorización para usar e intercambiar información
Commonwealth de Virginia

Entiendo que las diferentes agencias ofrecen diferentes servicios y beneficios, y que cada agencia debe contar con información específica para brindar servicios y beneficios. Al firmar este formulario, estoy permitiendo que las agencias usen e intercambien cierta información acerca de mí, para facilitar la prestación eficiente o la coordinación de servicios o beneficios.

Yo, (nombre en letra de molde) _____ soy cliente del Programa de Acceso de Medicamentos a través del Departamento de Salud de Virginia (VDH).

Quiero que la siguiente información confidencial sea intercambiada (Por favor, marque lo que corresponda):
☐ Información Financiera ☐ Información de Dirección ☐ Información de Medicamentos

Quiero que esta información se intercambie ÚNICAMENTE para los siguientes propósitos:

Quiero que VDH y _____ utilice o intercambie la
(Nombre del representante de la agencia que está asistiendo)
información de arriba para ayudar con la inscripción en un plan de seguro de salud aprobado por VDH y ofrecido a través de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) en Virginia.

Esta autorización es válida hasta:
☐ Mientras inscrito en un Plan de Seguro de ACA aprobado por VDH ☐Otro:_____

Estoy de acuerdo con lo siguiente para que pueda ser elegible para la ayuda de VDH con el pago de primas de seguro y copagos de medicamentos:

- **Información de Crédito de Impuestos**
  Puedo ser elegible para un crédito de impuestos en el Mercado de Seguros de Salud para reducir mi costo de la prima. Si soy elegible para un crédito de impuestos voy a elegir que el crédito sea aplicado a la prima al momento de la solicitud. Esto reducirá el costo de la prima del seguro.
- **Farmacia "Dentro de la red"**
  Estoy de acuerdo en utilizar una farmacia que acepta mi seguro de salud. Esto se llama una farmacia "Dentro de la red".
- **Planes Individuales**
  Estoy de acuerdo que sólo voy a inscribirme en un plan individual, y entiendo que VDH no puede apoyar los planes de la familia a menos que todos los miembros de mi familia reciban su medicamento de VDH.

Puedo retirar esta autorización en cualquier momento al informar a la agencia de remisión. Las agencias en la lista deben dejar de compartir información después de que sepan que mi autorización ha sido retirada. Tengo derecho a saber qué información se ha compartido y por qué, cuándo y con quién fue compartida. Si pregunto, cada agencia me mostrará esta información. Quiero que todas las agencias acepten esta copia del formulario como una autorización válida para compartir información. Si no firmo este formulario la información no será compartida y tendré que ponerme en contacto con cada agencia individualmente para dar la información sobre mí que se necesite. Sin embargo, entiendo que los servicios no pueden ser condicionados a que yo firme esta autorización. Existe la posibilidad de que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede ser vuelta a divulgar por el destinatario y no quede sujeta a la Regla de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA).

Nombre en letra de molde:	Fecha de nacimiento:
Firma del cliente:	Fecha: