

Requisitos de elegibilidad

Debe cumplir con los siguientes requisitos para ser elegible para el programa :

- Vivir en el estado de Indiana
- Tener un diagnóstico positivo de VIH
- Tener un nivel de ingresos por debajo del 300 % del nivel de pobreza federal (FPL)
- No tener ninguna otra cobertura de seguro integral a través del seguro de empleador, cónyuge/pareja, padre, seguro privado, Medicaid o Medicare
- Tener un acontecimiento transcendental de vida (cambio de estado civil, código postal, ciudadanía, cobertura médica, o nacimiento/adopción, etc.) o inscribirse durante el período de Inscripción abierta anual. Todos los acontecimientos trascendentales deben informarse en un plazo de 60 días desde su origen.
- Trabajar con un administrador de caso en un centro de atención financiado por Ryan White para inscribirse y mantener la inscripción en este programa.

Hable con su administrador de caso para averiguar si es elegible.

Problemas de cobertura

Si recibe una factura o su farmacia le pide que pague sus recetas médicas, llame a su administrador de caso de inmediato, que podrá trabajar con el Programa de servicios de VIH para analizar la situación y ayudarlo a resolver los inconvenientes.

Programa de asistencia en seguros de salud

Puede ser elegible para un seguro de salud integral y ayuda con los gastos por cuenta propia, lo que le facilitará recibir la atención y los medicamentos que necesita para disfrutar de salud y bienestar duraderos.



Division of
**HIV/STI and
Viral Hepatitis**



Indiana
Department
of
Health

in.gov/health

**Programa de asistencia
en seguros de salud**



Resumen

El Programa de asistencia en seguros de salud, o HIAP, ofrece un seguro de salud integral y ayuda con los gastos por cuenta propia.

¿Cómo funciona el programa?

Su administrador de caso le ayudará a inscribirse en un plan de seguro aprobado por HIAP. HIAP pagará el 100 % de la prima mensual en su nombre. El plan será su cobertura de seguro principal y la utilizará para todas las consultas al médico, pruebas de laboratorio y surtido de medicamentos.

También estará inscrito en un plan de seguro secundario administrado por Unified Group. Este plan pagará el 100 % de los gastos por su cuenta (es decir, copagos, coseguros y deducibles) correspondientes a servicios y medicamentos. Solo cubrirá estos costos si los servicios o medicamentos están dentro de la cobertura de su plan de seguro principal.

Opciones de cobertura

El Programa de servicios de VIH selecciona aseguradoras que proporcionan cobertura en todo el estado. Estas aseguradoras y estos planes pueden sufrir modificaciones durante el año. Trabaje con su administrador de caso para determinar cuál es el plan más adecuado para usted.

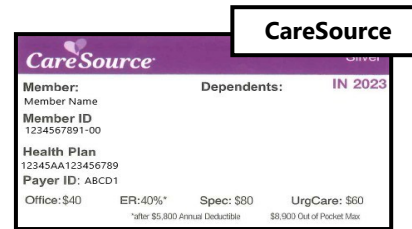
¿Cuándo estará activa la cobertura?

La cobertura suele comenzar el primer día del mes, si la solicitud fue recibida antes del día 15 del mes en curso. Si se recibe después del 15, la cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.

¿Cuántas credenciales recibiré?

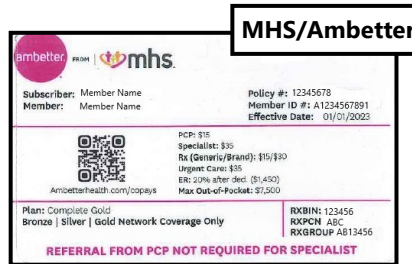
Recibirá dos credenciales. Una será de parte de su plan de seguro HIAP y la otra, de parte de Unified Group. A continuación, se incluyen ejemplos de las credenciales de las aseguradoras vigentes.

Planes de seguro de HIAP (seguro principal)



Visite CareSource aquí:

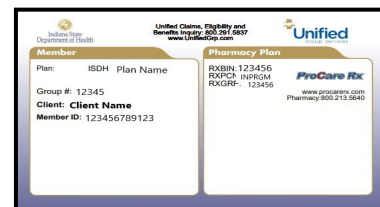
<https://www.caresource.com>



Visite MHS/Ambetter aquí:

<https://ambetter.mhsindiana.com>

Unified Group (seguro secundario)



Consejos

- Para evitar cualquier interrupción en la cobertura, no se olvide de renovar la inscripción al programa con su administrador de caso cada seis meses. Tendrá que renovarla el mes de su nacimiento y, de nuevo, a los seis meses.
- Informe a sus proveedores de atención médica y farmacéuticos que tiene dos planes de seguro. Su plan de seguro HIAP es su cobertura primaria y debe facturarse primero. Unified Group es su seguro secundario, que cubre los gastos por cuenta propia y, por lo tanto, debe facturarse después del plan principal.
- Siempre lleve la credencial de seguro primario y secundario a todas las consultas médicas, citas de laboratorio y visitas a la farmacia. Los proveedores necesitan las dos credenciales para facturar de manera precisa a cada plan de seguro.

Más información sobre el Programa de servicios de VIH:

