

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE PREMIUM PAYMENT, HIPP)

(escriba a máquina o claramente en letra de molde)

DÍGANOS SOBRE LA PERSONA QUE TIENE MEDI-CAL, TIENE UNA ENFERMEDAD Y DESEA SOLICITAR INSCRIBIRSE EN EL PROGRAMA HIPP

NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre)		
DIRECCIÓN (calle y número, ciudad, estado, código postal):		
TELÉFONO PARTICULAR: ()	TELÉFONO EN EL TRABAJO: ()	TELÉFONO CELULAR: ()
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN EN LA TARJETA MEDI-CAL DEL BENEFICIARIO (BIC):		DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (optativo):

DÍGANOS SOBRE SU SEGURO MÉDICO PRIVADO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:		NÚMERO DE TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS: ()	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS (calle y número, ciudad, estado, código postal):			
DIRECCIÓN DONDE MANDAR LA CUENTA, SI ES DIFERENTE (calle y número, ciudad, estado, código postal):			
NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA (apellido, primer nombre, segundo nombre):		TELÉFONO DURANTE EL DÍA DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA: ()	
DIRECCIÓN DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA (calle y número, ciudad, estado, código postal):			
NÚMERO DE PÓLIZA:		CANTIDAD DE LA PRIMA QUE PAGA ACTUALMENTE:	
NÚMERO DE GRUPO:		LA PÓLIZA VENCÍÓ EL:	
CADA CUÁNTO SE PAGA LA PÓLIZA: <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Otro: _____			
CÓMO SE PAGAN ACTUALMENTE LAS PRIMAS (marque uno):			
<input type="checkbox"/> Pagadas ENTERAMENTE por el empleador <input type="checkbox"/> Pagadas por el tenedor de la póliza mediante descuentos del sueldo <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Pagadas por padre ausente por orden de la corte <input type="checkbox"/> Pagadas por el tenedor de la póliza directamente a la compañía de seguros	
TIPO DE COBERTURA QUE PROPORCIONA SU SEGURO MÉDICO (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Estadías en el hospital como paciente interno <input type="checkbox"/> Atención en el hospital como paciente ambulatorio (lab o terapia)		<input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Cuidados a largo plazo <input type="checkbox"/> Medicamentos de receta <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Otro:	

AVISO IMPORTANTE: Para poder ser elegibles, todos los beneficiarios de Medi-Cal tienen que asignar derechos de seguro médico, manutención u otros pagos de terceros al programa Medi-Cal y deben cooperar con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California para la obtención de apoyo médico o pagos. La asignación de derechos a beneficios sólo es efectiva para los servicios pagados por el programa Medi-Cal. La asignación de derechos médicos permite que el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California recupere fondos de compañías de seguros o fondos cuando el programa Medi-Cal paga servicios médicos que se deberían haber cobrado a otra cobertura de atención de la salud. Note que para cumplir con la Ley Federal de Privacidad (42 USC, Sección 552a), su número de Seguro Social y toda la información que nos dé podrá ser usada para ponernos en contacto con compañías de seguros, empleadores, proveedores de servicios de atención de la salud y entidades de condados para determinar el alcance de los servicios de salud disponibles. Según la Sección 14100.2 del Código de Bienestar e Instituciones, toda la información que se presenta se considera confidencial y sólo se revelará en la medida en que sea necesario hacerlo para los fines de la administración del programa Medi-Cal.

AUTORIZACIÓN: "Por la presente autorizo al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California a que obtenga, si es necesario, cualquier información relativa a mi cobertura privada de salud, incluyendo pagos y/o beneficios de atención médica realizados en mi nombre, que podrán ser usados para determinar si el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California pagará primas de seguro de salud para cobertura continua."

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO DE SALUD (HEALTH INSURANCE PREMIUM PAYMENT, HIPP)

DÍGANOS SOBRE LA PERSONA PARA QUIEN PRESENTA SU SOLICITUD Y SOBRE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TIENEN LA MISMA PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NOMBRE (apellido, primer nombre, segundo nombre):	MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:	¿CUBIERTO POR LA PÓLIZA?	TIPO DE PÓLIZA (marque uno, si corresponde):	INSCRITO EN (marque todo lo que corresponda):	MEDI-CAL BIC NO.
USTED		<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	
MIEMBRO DE LA FAMILIA NO. 1	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	
MIEMBRO DE LA FAMILIA NO. 2	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	
MIEMBRO DE LA FAMILIA NO. 3	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Tiene una enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tenedor de la póliza <input type="checkbox"/> Dependiente	<input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> MRMIP <input type="checkbox"/> Medicare HMO	<input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> AIM	

SI HAY MÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TIENEN MEDI-CAL, LLENE ABAJO O ADJUNTE UNA HOJA SEPARADA CON LA INFORMACIÓN

Declaración: Declaro bajo pena de perjurio de conformidad con las leyes del Estado de California que las respuestas que di en esta solicitud y los documentos provistos son verdaderos y correctos según mi mejor conocimiento.

Nombre del solicitante <i>(en letra de molde)</i> :	Firma del solicitante o tutor:	Fecha:
Nombre del tenedor de la póliza <i>(en letra de molde)</i> :	Firma del tenedor de la póliza:	Fecha: