Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud
(Health Insurance Premium Payment, HIPP)
ENTREGA DE INFORMACIÓN

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:	
DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS *(calle y número, ciudad, estado, código postal)*:	
NOMBRE DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA *(apellido, primer nombre, segundo nombre)*:	
NÚMERO DE DATOS MÉDICOS DEL TENEDOR DE LA PÓLIZA:	
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CASO HIPP:	**FECHA:**

A la atención de la Oficina de Reclamos/Pagos:

Yo, _____ (tenedor de la póliza), por la presente autorizo al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California (DHCS) a que obtenga toda la información que necesite sobre mi cobertura privada de salud. Esta información puede incluir pagos, estados de cuenta o beneficios de atención médica realizados o entregados en mi nombre. Esta información se podrá usar para determinar si el DHCS seguirá pagando primas de cobertura de salud de conformidad con las disposiciones del programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP).

Autorizo además que la compañía de seguros nombrada más arriba reembolse al programa HIPP del DHCS los pagos excesivos de primas que haya pagado el HIPP como resultado de mi participación en el programa HIPP. Si recibo algún reembolso de la compañía de seguros nombrada más arriba, indico saber que debo devolver al programa HIPP la cantidad completa de dicho reembolso dentro de los treinta (30) días.

Firmado: _____ Fecha: _____

De conformidad con las disposiciones de la Sección 14100.2 del Código de Bienestar e Instituciones de California, 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. De conformidad con las disposiciones de la Ley Federal de Privacidad, esta autorización se puede revocar. La información revelada puede estar sujeta a nueva revelación del DHCS y a dejar de estar protegida por la Ley Federal de Privacidad. Esta autorización es válida por un (1) año a partir de la fecha en que se firma.