Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud
(Health Insurance Premium Payment, HIPP)
DECLARACIÓN DE REVELACIÓN
(requerido)

Lea toda la declaración de revelación antes de firmarla.

El Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California pagará, en los casos en que sea efectivo hacerlo desde el punto de vista de los costos, las pólizas de seguros médicos de los beneficiarios de Medi-Cal que tengan un trastorno médico. Como solicitante o inscrito, debe presentar un folleto de póliza o una Prueba de cobertura de su compañía de seguros privada, un Declaración de informe médico de diagnóstico firmado y fechado dentro de los últimos seis (6) meses y demás documentación que le pidan. Lo siguiente es aplicable a todos los solicitantes e inscritos en el programa HIPP:

1. El programa HIPP no pagará primas de seguros de salud de un niño elegible para Medi-Cal si la corte ordenó que uno de sus padres proporcione manutención médica del niño.
2. El programa HIPP no pagará primas de seguros médicos de personas inscritas en alguno de los siguientes: Healthy Families, Access for Infants and Mothers, Medicare o cualquier otro programa de condado de atención administrada de la salud.
3. El programa HIPP no pagará primas de seguros de TRICARE ni de MRMIP (incluyendo de posgrado).
4. El programa HIPP no pagará primas pagadas antes del mes en que el programa HIPP haya recibido la solicitud ni primas atrasadas. Si las primas están atrasadas, el solicitante debe poner el pago de las primas al día antes de que se pueda determinar la aprobación.
5. El programa HIPP sólo paga primas de seguros médicos.
6. El Código de Reglamentaciones de California, Título 22, Sección 50763(a)(1) dice: “Un solicitante o beneficiario debe: solicitar y/o retener toda la cobertura de salud disponible que no tenga que pagar.” Esto significa que si deja su cobertura de salud privada sin la aprobación del DHCS después de que el estado empieza a pagar sus primas, puede perder sus beneficios Medi-Cal.
7. Como condición de la elegibilidad para el programa HIPP, todos los reembolsos de primas de cobertura médica que se reciban deberán ser enviados al DHCS.
8. Es responsabilidad del inscrito en el programa HIPP notificar al programa HIPP dentro de los diez (10) días a partir de la fecha en que ocurran cambios en su cobertura de salud, en la cantidad de la prima del seguro, en su información personal de contacto y en su estado civil, así como cualquier otro cambio que afecte su elegibilidad para participar en el programa HIPP.
9. Cada caso se volverá a evaluar todos los años para determinar si sigue siendo efectivo desde el punto de vista de los costos que el estado pague las primas de seguros; si el inscrito en el programa HIPP no responde en o antes de la fecha establecida por el programa HIPP, se cancelará su caso.
10. Los beneficiarios del programa HIPP serán suspendidos del programa si se da fin a su elegibilidad para Medi-Cal; su cobertura privada de atención de la salud finaliza o si son elegibles para Medicare; sus otros gastos de cobertura de salud alcanzan los límites anuales o vitalicios; si no proporcionan información requerida; o, si deja de ser efectivo desde el punto de vista de los costos que el DHCS pague las primas del seguro médico. Se enviará sólo una carta de finalización a la dirección en los archivos.
11. De conformidad con la Carta No. 95-82 de Todos los Directores de Bienestar de los Condados, no hay derechos de apelación para el programa HIPP.
12. El financiamiento del programa HIPP está supeditado al presupuesto del estado. Si el presupuesto del estado no se aprueba a tiempo, los pagos del programa HIPP se podrán atrasar. Si los pagos del programa HIPP se demoran, los inscritos en el programa HIPP, para evitar la posible pérdida de su seguro de salud, pueden ser personalmente responsables por hacer los pagos de su póliza de seguro. El DHCS reembolsará esos pagos cuando se autorice el presupuesto del estado.

CERTIFICACIÓN: Certifico que leí detenidamente las disposiciones que figuran más arriba, que las entiendo y que estoy de acuerdo con ellas.

Nombre del solicitante *(en letra de molde)*:	Firma del solicitante o tutor:	Fecha:
Nombre del tenedor de la póliza *(en letra de molde)*:	Firma del tenedor de la póliza:	Fecha:

GUARDE UNA COPIA DE ESTE DOCUMENTO PARA SUS ARCHIVOS