

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

(Vea las instrucciones para completarla en el reverso)

1. Nombre del solicitante/beneficiario de Medi-Cal		2. Número de Seguro Social		3. Número de teléfono ()	
4. Dirección del beneficiario		Ciudad	Estado		Zona postal
5. Nombre de la compañía de seguros			6. Número de teléfono de la compañía de seguros ()		
7. Lugar para el cobro de la prima (a dónde se envían las primas por correo)		Ciudad	Estado		Zona postal
8. Número de póliza	9. Cantidad de la prima actual \$		10. ¿Con qué frecuencia se paga ésta? (marque lo que sea pertinente) <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Otro:		

11. Situación actual de la póliza (marque y anote la fecha, si es pertinente)

COBRA Sí No La póliza se paga a través de: La póliza caducó el:

12. Tipo de cobertura que su seguro provee (marque lo que sea pertinente)

<input type="checkbox"/> Estadias en el hospital	<input type="checkbox"/> Medicamentos recetados	<input type="checkbox"/> Atención a Largo Plazo (<i>Long Term Care-LTC</i>)
<input type="checkbox"/> Servicios a pacientes ambulantes en un hospital (por ejemplo análisis de laboratorio o terapia física)	<input type="checkbox"/> Atención de la vista	<input type="checkbox"/> Póliza suplementaria de Medicare
<input type="checkbox"/> Consultas con el médico	<input type="checkbox"/> Atención dental	

13. Nombre del titular de la póliza			14. Número de seguro social del titular de la póliza		
15. Dirección del titular de la póliza		Ciudad	Estado		Zona postal
17. ¿Es el titular de la póliza ordenado por la corte a proveer el seguro de salud?			18. ¿Es el poliza us Medicare HMO poliza?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

16. Número de teléfono del titular de la póliza
()

19. ¿Cómo se pagan actualmente las primas de seguro (marque lo que sea pertinente)

<input type="checkbox"/> Pagadas COMPLETAMENTE por el empleador	<input type="checkbox"/> Pagadas por el titular de la póliza, a través de una deducción de la nómina de pagos	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Pagadas directamente por el titular de la póliza a la compañía de seguros	<input type="checkbox"/> Pagadas COMPLETAMENTE por un padre/una madre ausente	

20. Nombre y número de Seguro Social de otros familiares que están cubiertos por Medi-Cal Y el seguro particular, que se indica en el número 5:

Nombre	Número de Seguro Social

21. Empleador del titular de la póliza		22. No. de teléfono del empleador ()		
23. Dirección del empleador		Ciudad	Estado	
			Zona postal	

24. ¿Padece alguien que se enumere en esta solicitud de una condición médica de alto costo, que requiere tratamiento de un médico? Si es así, indique el nombre y el tipo de enfermedades (utilice papel adicional, si es necesario).

Nombre	Enfermedad	Nombre	Enfermedad

IMPORTANTE: Como condición de elegibilidad, todos los beneficiarios de Medi-Cal deberán asignar los derechos de seguro médico, asistencia u otros pagos a terceros al programa de Medi-Cal, y deberán cooperar con el Departamento de Servicios de Atención Médica de California (*California Department of Health Care Services – CDHCS*) para obtener asistencia o pagos médicos. La asignación de derechos de beneficios es vigente únicamente para los servicios pagados por el programa de Medi-Cal. La asignación de derechos médicos le permite al Departamento de Servicios de Atención Médica de California recuperar fondos de compañías de seguro médico o fondos cuando el programa de Medi-Cal paga los servicios médicos, que deberían haberse cobrado a otra cobertura de seguro médico. Por favor, tenga en cuenta que a fin de cumplir con la Ley Federal sobre la Privacidad (42USC, Sección 552a) su número de Seguro Social y cualquier información que usted proporcione puede utilizarse para comunicarse con las compañías de seguros, empleadores, proveedores de servicios de atención médica y agencias del condado, para determinar el grado de seguro médico disponible. Conforme a la Sección 14100.2, del Código de Instituciones y Asistencia Pública, cualquier información que se presente, se considera confidencial y se revela únicamente según sea necesario para fines de la administración del programa de Medi-Cal.

AUTORIZACIÓN: “Por este medio, autorizo al Departamento de Servicios de Atención Médica de California a que obtenga, si fuera necesario, cualquier información con respecto a mi cobertura de seguro médico particular, incluyendo los pagos y/o beneficios de atención médica que se hagan en mi favor, que podrían utilizarse para determinar si el Departamento de Servicios de Atención Médica de California pagará las primas de seguro médico para la cobertura continua”.

25. Firma del Beneficiario de Medi-Cal			Fecha
--	--	--	-------

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DEL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO

FORMULARIO DHCS 6172

Las siguientes instrucciones se deberán utilizar para completar la solicitud del Programa de Pago de Primas de Seguro Médico. POR FAVOR, ANOTE LA INFORMACIÓN CON LETRA DE MOLDE.

1. Anote su nombre completo.
2. Anote su número de Seguro Social de nueve dígitos.
3. Anote su número de teléfono completo durante el día, incluyendo el código del área. Si usted no tiene un número de teléfono, por favor anote un número de teléfono para dejarle recado en la casilla para el número de teléfono, e indique, “recado”.
4. Anote su dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal.
5. Anote el nombre de su compañía de seguro médico actual.
6. Anote el número de teléfono, incluyendo el código del área, de su compañía de seguro médico.
7. Anote la dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal a donde se le envían por correo sus primas.
8. Anote su número de póliza de seguro médico.
9. Anote la cantidad de su prima de seguro médico actual.
10. Indique con qué frecuencia paga usted sus primas de seguro médico, marcando la casilla apropiada.
11. Indique si su seguro médico se está pagando por medio de *COBRA*, marcando la casilla de sí o no. Además, indique la fecha hasta la que se paga su póliza. Si su póliza ha caducado en los últimos 90 días, indique la fecha en que la póliza caducó.
12. Indique, poniendo una palomita en la(s) casilla(s) apropiada(s), los servicios médicos que cubre su póliza de seguro médico.
13. Anote el nombre completo de la persona asegurada/titular de la póliza. Éste es el nombre de la persona a quién se le expidió la póliza.
14. Anote el número de Seguro Social de nueve dígitos del titular de la póliza.
15. Anote la dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal del titular de la póliza.
16. Anote el número de teléfono durante el día del titular de la póliza, incluyendo el código del área. Si el titular de la póliza no tiene un número de teléfono, por favor anote un número de teléfono para dejarle recado en la casilla para el número de teléfono, e indique, “recado”.
17. Indique si el titular de la póliza es ordenado por la corte proveer seguro de salud para el aplicante.
18. Indique si el póliza es un Medicare HMO póliza.
19. Indique, poniendo una palomita en la casilla apropiada, cómo se están pagando actualmente las primas de seguro.
20. Anote el nombre completo y el número de Seguro Social de nueve dígitos de otros familiares que están cubiertos por Medi-Cal Y la póliza de seguro médico que se indica en el inciso 5.
21. Anote el nombre completo del empleador del titular de la póliza.
22. Anote el número de teléfono del empleador del titular de la póliza, incluyendo el código del área.
23. Anote la dirección completa, incluyendo la calle, ciudad, estado y zona postal del empleador del titular de la póliza.
24. Anote el nombre y el tipo de enfermedad de las personas que se indican en el inciso 18, que padecen de una condición médica de alto costo.
25. Sección para la firma: Por favor, firme y anote la fecha en que usted completó este formulario.

Envíe este formulario por correo a: Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997422, Sacramento, CA 95899-7422. Si usted tiene alguna pregunta sobre cómo completar este formulario, llame gratuitamente al 1-866-298-8443 (sólo California), de 8:00 a.m.–5:00 p.m., de lunes a viernes.