

Health Insurance Premium Payment 申請

(見背面填寫說明)

步驟 1: 告知我們誰正在申請 Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

1. 申請人姓名	2. 社會保險號碼	3. 電話號碼
4. 申請人的家庭地址	城市	州 郵遞區號

步驟 2: 告知我們您的健康保險政策

5. 保險承運人的名稱	6. 保單開始的日期	
7. 保費帳單的地址 (保費的郵寄地址)	城市 州 郵遞區號	
8. 保單編號	9. 每月保費總額	10. 保單涵蓋的總人數
11. 投保人的姓名	12. 投保人的社會安全號碼	

步驟 3: HIPP 資格的要求

13. 申請人是否已經在 Medi-Cal 註冊了? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	14. 申請人是否註冊了 Medi-Cal Managed Care Plan? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道 <input type="checkbox"/>
15. 投保人的法院是否被命令提供醫療保險? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	16. 申請人是否註冊了 Medicare? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>
17. 投保人是否被全額報銷健康護理保費? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>	18. 如果在 Medi-Cal、申請人自首次註冊 Medi-Cal 以來是否持有相同的保單? 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/>

如果問題 14、15、16 或 17 回答“是”、則申請人沒有資格參加 HIPP program。

如果問題 13 或 18 回答“否”、則申請人沒有資格參加 HIPP program。

有關資格要求的問題、請聯繫 DHCS、電子郵件 HIPP@dhcs.ca.gov、電話 (916) 445-8322。

重要：作為一種資格條件、Medi-Cal 受益人應將醫療保險、支持或其他協力廠商付款的權利轉讓給 Medi-Cal program、並且與 California Department of Health Care Services 合作、以獲得醫療支持或付款。福利權利有轉讓僅對 Medi-Cal program 付款的服務有效。醫療權利的轉讓允許 California Department of Health Care Services 在 Medi-Cal program 支付醫療服務費用時、從健康保險公司或基金收回資金、應計入其他健康保險範圍。請注意、為了遵守 Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a)、您的社會保險號碼和您提供的任何資訊都可以用於聯繫保險公司、老闆、醫療服務供應商和縣機構、以確定有效醫療健康的範圍。根據 Welfare and Institutions Code, Section 14100.2、任何提交的資訊均被視為保密和機密資訊、僅出於 Medi-Cal program 管理目的時才予以披露。

授權：“本人特此授 California Department of Health Care Services、如有需要、可以獲取有關本人的私人健康保險的任何資訊、包括代表本人支付的醫療費用和/或福利、用以 California Department of Health Care Services 是否將支付持續保險的健康保費。”

19. 申請人 (或授權代表) 的簽名	日期
-----------------------	----

填寫 Health Insurance Premium Payment 的申請的說明

以下說明將用於 Health Insurance Premium Payment 的申請。

1. 輸入申請人的全名。
2. 輸入申請人九位數的社會保險號碼。
3. 輸入申請人的完整日間電話號碼、包括區號。
4. 輸入申請人的完整街道地址、城市、州和郵遞區號。
5. 輸入申請人當前健康保險承運公司的名稱。
6. 輸入在第 5 項和第 8 項所列健康保單的初始保單開始日期。
7. 輸入申請人郵寄保費給保險承運公司的完整街道地址、城市、州和郵遞區號。
8. 輸入申請人的健康保險單編號。
9. 輸入健康保險的每月保費總額。
10. 輸入在第 5 項和第 8 項所列的健康保單涵蓋的總人數。
11. 輸入在第 5 項和第 8 項所列的健康保險單投保人的全名。這是保單簽發對像的姓名。
12. 輸入投保人的九位數社會保險號碼。
13. 勾選“是”或“否”框、說明申請人目前是否已註冊 Medi-Cal。
14. 勾選“是”、“否”或“未知”框、說明申請人目前是否已加入 Medi-Cal Managed Care Plan。
15. 勾選“是”或“否”框、說明投保人是否被法院責令為申請人提供保險。
16. 勾選“是”或“否”框、說明申請人目前是否已註冊 Medicare。
17. 勾選“是”或“否”框、說明投保人是否已經被全額報銷了健康護理保費。
18. 勾選“是”或“否”框、說明申請人自首次註冊 Medi-Cal 以來是否持有相同的健康保單。
19. 簽署並輸入您填寫該表格的日期。

請將此表郵寄至：Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422。如果您對填寫該表存在任何疑問、請在週一至週五上午 8:00 至下午 5:00 致電 (916) 445-8322。