

Đơn Đăng Ký Health Insurance Premium Payment

(xem hướng dẫn để hoàn thành phần mặt sau)

Bước 1: Hãy cho chúng tôi biết ai đang nộp đơn đăng ký Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program

1. Tên của Người Nộp Đơn	2. Số An Sinh Xã Hội	3. Số Điện Thoại	
4. Địa Chỉ Nhà của Người Nộp Đơn	Thành Phố	Bang	Mã bưu chính

Bước 2: Hãy cho chúng tôi biết về Hợp Đồng Bảo Hiểm Của Bạn

5. Tên của Nhà Cung Cấp Bảo Hiểm	6. Ngày Bắt Đầu Hợp Đồng		
7. Địa Chỉ Lập Hóa Đơn Phí Bảo Hiểm (nơi các hóa đơn phí bảo hiểm được gửi đến)	Thành Phố	Bang	Mã bưu chính
8. Số Hợp Đồng Bảo Hiểm	9. Tổng Phí Bảo Hiểm Hàng Tháng	10. Tổng Số Người Được Bảo Hiểm theo Hợp Đồng Bảo Hiểm	
11. Tên của Người hưởng bảo hiểm	12. Người mua Bảo Hiểm Số An Sinh Xã Hội		

Bước 3: Các Yêu Cầu Về Tính Đủ Điều Kiện của HIPP

13. Người nộp đơn có đang tham gia Medi-Cal không? Có ☐ Không ☐	14. Người nộp đơn có đang tham gia vào một Medi-Cal Managed Care Plan không? Có ☐ Không ☐ không xác định ☐
15. Tòa án của chủ hợp đồng bảo hiểm có đang được yêu cầu cung cấp bảo hiểm y tế không? Có ☐ Không ☐	16. Người nộp đơn có đang tham gia Medicare không? Có ☐ Không ☐
17. Chủ hợp đồng bảo hiểm có được bồi hoàn đầy đủ khoản thanh toán các phí bảo hiểm chăm sóc sức khỏe không? Có ☐ Không ☐	18. Nếu đang tham gia Medi-Cal, người nộp đơn có duy trì cùng một hợp đồng bảo hiểm từ lần đầu tiên họ được đăng ký tham gia Medi-Cal không? Có ☐ Không ☐

Nếu có đi đến các câu hỏi 14, 15, 16, hoặc 17, người nộp đơn không đủ điều kiện tham gia HIPP program.**Nếu không** đi đến các câu hỏi 13 hoặc 18, người nộp đơn không đủ điều kiện tham gia HIPP program.Liên hệ DHCS thông qua HIPP@dhcs.ca.gov hoặc (916) 445-8322 để được giải đáp các câu hỏi liên quan đến những yêu cầu về tính đủ điều kiện.

QUAN TRỌNG: Là một tiêu chí trong tính đủ điều kiện, tất cả những người thụ hưởng Medi-Cal sẽ trao quyền về bảo hiểm y tế, hỗ trợ hoặc các thanh toán bên thứ ba khác cho Medi-Cal program và sẽ hợp tác với California Department of Health Care Services nhằm nhận được hỗ trợ y tế hoặc các khoản thanh toán. Việc trao quyền đối với các lợi ích chỉ có hiệu lực đối với các dịch vụ được chi trả bởi Medi-Cal program. Việc trao các quyền y tế cho phép California Department of Health Care Services khôi phục nguồn tiền từ các công ty bảo hiểm sức khỏe hoặc các nguồn tiền mà Medi-Cal program chi trả cho các dịch vụ y tế, số tiền này đáng ra phải được lập hóa đơn đối với bảo hiểm sức khỏe khác. Vui lòng lưu ý rằng nhằm tuân thủ Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a), Số An Sinh Xã Hội của bạn và bất kỳ thông tin nào mà bạn cung cấp đều có thể được sử dụng để liên hệ các công ty, nhà tuyển dụng bảo hiểm, các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe và các cơ quan quận để xác định phạm vi bảo hiểm sức khỏe hiện có. Theo Welfare and Institutions Code, Section 14100.2, bất kỳ thông tin được gửi đi nào cũng đều được xem là thông tin bảo mật và chỉ được tiết lộ khi cần nhằm phục vụ cho các mục đích quản trị của Medi-Cal program.

ỦY QUYỀN: “Tôi theo đây ủy quyền cho California Department of Health Care Services nhận bất kỳ thông tin nào liên quan đến bảo hiểm sức khỏe cá nhân của tôi nếu cần, bao gồm các khoản thanh toán và/hoặc những quyền lợi trong dịch vụ chăm sóc y tế được thực hiện đại diện cho tôi, điều này có thể được dùng để xác định xem California Department of Health Care Services có thanh toán các khoản phí bảo hiểm sức khỏe để bảo hiểm được tiếp tục hay không.”

Chữ Ký của Người Nộp Đơn (hoặc Người Đại Diện Được Ủy Quyền)	Ngày
--	------

CÁC HƯỚNG DẪN HOÀN TẤT MẪU ĐƠN Health Insurance Premium Payment

Những hướng dẫn sau đây là để sử dụng trong việc hoàn tất đơn đăng ký Health Insurance Premium Payment.

1. Nhập tên đầy đủ của người nộp đơn.
2. Nhập số An Sinh Xã Hội chín số của người nộp đơn.
3. Nhập số điện thoại ban ngày đầy đủ của người nộp đơn, bao gồm mã khu vực.
4. Nhập địa chỉ đường, thành phố, bang và mã zip đầy đủ của người nộp đơn.
5. Nhập tên của nhà cung cấp bảo hiểm sức khỏe hiện tại của người nộp đơn.
6. Nhập ngày bắt đầu hợp đồng bảo hiểm ban đầu của hợp đồng bảo hiểm sức khỏe được liệt kê trong các mục 5 và 8.
7. Nhập địa chỉ đường, thành phố, bang và mã zip đầy đủ, nơi mà người nộp đơn gửi các khoản thanh toán phí bảo hiểm của anh ấy/cô ấy cho nhà cung cấp bảo hiểm.
8. Nhập số hợp đồng bảo hiểm sức khỏe của người nộp đơn.
9. Nhập tổng số tiền phí bảo hiểm hàng tháng đối với bảo hiểm sức khỏe.
10. Nhập tổng số người được bảo hiểm bởi hợp đồng bảo hiểm sức khỏe được liệt kê trong các mục 5 và 8.
11. Nhập tên đầy đủ của bên mua bảo hiểm của hợp đồng bảo hiểm sức khỏe được liệt kê trong các mục 5 và 8. Đây là tên của người được lập hợp đồng bảo hiểm.
12. Nhập số An Sinh Xã Hội chín số của bên mua bảo hiểm.
13. Cho biết người nộp đơn có đang tham gia Medi-Cal hay không bằng cách đánh dấu vào ô có hoặc ô không.
14. Cho biết người nộp đơn có đang tham gia một Medi-Cal Managed Care Plan hay không bằng cách đánh dấu vào ô có, ô không hoặc ô không biết.
15. Cho biết bên mua bảo hiểm có được lệnh tòa án để cung cấp bảo hiểm cho người nộp đơn hay không bằng cách đánh dấu vào ô có hoặc ô không.
16. Cho biết người nộp đơn có đang tham gia Medicare hay không bằng cách đánh dấu vào ô có hoặc ô không.
17. Cho biết bên mua bảo hiểm có được bồi hoàn đầy đủ đối với khoản thanh toán phí bảo hiểm chăm sóc sức khỏe hay không bằng cách đánh dấu vào ô có hoặc ô không.
18. Cho biết người nộp đơn có cùng một hợp đồng bảo hiểm sức khỏe kể từ khi họ được đăng ký tham gia Medi-Cal lần đầu hay không bằng cách đánh dấu vào ô có hoặc ô không.
19. Ký và nhập ngày mà bạn đã hoàn thành biểu mẫu này.

Gửi biểu mẫu này đến Department of Health Care Services, HIPPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào liên quan đến việc hoàn tất biểu mẫu này, hãy gọi đến số (916) 445-8322 8:00 giờ sáng – 5:00 giờ chiều, Thứ Hai đến Thứ Sáu.