

درخواست Health Insurance Premium Payment

(دستورالعمل های تکمیل را در طرف مقابل ببینید)

مرحله 1: به ما بگویید چه کسی برای Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program درخواست می دهد

1. نام متقاضی را وارد کنید	2. شماره تأمین اجتماعی متقاضی را وارد کنید	3. شماره تلفن متقاضی را وارد کنید
4. آدرس خانه متقاضی را وارد کنید	شهر آدرس متقاضی را وارد کنید	ایالت آدرس متقاضی را وارد کنید
	کد آدرس متقاضی را وارد کنید	

مرحله 2: در مورد بیمه نامه بیمه بهداشتی خود به ما بگویید

5. نام حامل بیمه را وارد کنید	6. تاریخ شروع بیمه نامه را وارد کنید
7. آدرس صورتحساب حق بیمه را وارد کنید، جایی که حق بیمه پست می شود	شهر آدرس صورتحساب حق بیمه را وارد کنید
	ایالت آدرس صورتحساب حق بیمه را وارد کنید
	کد آدرس صورتحساب حق بیمه را وارد کنید
8. شماره بیمه نامه را وارد کنید	9. مجموع مبلغ حق بیمه ماهانه را وارد کنید
	10. تعداد کل افراد تحت پوشش بیمه نامه را وارد کنید
11. نام دارنده بیمه نامه را وارد کنید	12. شماره تأمین اجتماعی دارنده بیمه نامه را وارد کنید

مرحله 3: الزامات صلاحیت HIPP

13. آیا متقاضی در Medi-Cal ثبت نام کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر	14. آیا متقاضی در یک Medi-Cal Managed Care Plan ثبت نام کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر ☐ ناشناخته
15. آیا دادگاه دارنده بیمه نامه حکم به ارائه بیمه درمانی داده است؟ ☐ بله ☐ خیر	16. آیا متقاضی در Medicare ثبت نام کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر
17. آیا پرداخت حق بیمه های خدمات بهداشتی به دارنده بیمه نامه به طور کامل بازپرداخت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر	18. اگر در Medi-Cal است، آیا متقاضی از اولین باری که در Medi-Cal ثبت نام کرده است، دارای همان بیمه نامه است؟ ☐ بله ☐ خیر

اگر بله جواب سوالات 14، 15، 16 یا 17 است، متقاضی برای HIPP program صلاحیت ندارد.
اگر خیر جواب سوالات 13 یا 18 است، متقاضی برای HIPP program صلاحیت ندارد.

برای سوالات مربوط به الزامات صلاحیت از طریق ایمیل HIPP@dhcs.ca.gov یا شماره تلفن 445-8322 (916) با DHCS تماس بگیرید.

مهم: به عنوان شرط صلاحیت، همه ذینفعان Medi-Cal باید حقوق بیمه پزشکی، پشتیبانی، یا سایر پرداخت های شخصی ثالث را به Medi-Cal program اختصاص داده و با California Department of Health Care Services در دریافت حمایت یا پرداخت های پزشکی همکاری کنند. تخصیص حقوق به مزایا فقط برای خدمات پرداخت شده توسط Medi-Cal program قابل اجرا است. تخصیص حقوق درمانی به California Department of Health Care Services اجازه می دهد تا زمانی که Medi-Cal program هزینه خدمات پزشکی را پرداخت می کند، وجوهی را از شرکت های بیمه سلامت یا وجوهی را دریافت کنند، که باید به سایر پوشش های بیمه بهداشتی پرداخت می شود. لطفاً توجه داشته باشید که به منظور مطابقت با (Federal Privacy Act (42 USC, Section 552a از شماره تامین اجتماعی شما و هر اطلاعاتی که ارائه می دهید ممکن است برای تماس با شرکت های بیمه، کارفرمایان، ارائه دهندگان خدمات مراقبت های بهداشتی، و ادارات شهرستان برای تعیین میزان بیمه درمانی موجود استفاده شود. بر اساس Welfare and Institutions Code, Section 14100.2، هر گونه اطلاعات ارسالی محرمانه تلقی گردیده و تنها در صورت لزوم برای اهداف مدیریت Medi-Cal program افشا می شود.

اعطای مجوز: اینجانب بدینوسیله به California Department of Health Care Services این مجوز را می دهم تا در صورت نیاز، هرگونه اطلاعاتی در مورد پوشش بیمه بهداشتی خصوصی من، از جمله پرداخت ها و/یا مزایای مراقبت های پزشکی انجام شده از طرف من را به دست آورد، که ممکن است برای تعیین اینکه آیا California Department of Health Care Services حق بیمه بیمه بهداشتی را برای ادامه پوشش پرداخت می کند یا خیر استفاده شود.

تاریخ امضای متقاضی را وارد کنید

19. امضای متقاضی یا نماینده مجاز را وارد کنید

دستورالعمل های تکمیل فرم تقاضای Health Insurance Premium Payment

دستورالعمل های زیر باید برای تکمیل درخواست Health Insurance Premium Payment استفاده شوند.

1. نام کامل متقاضی را وارد کنید.
2. شماره 9 رقمی تامین اجتماعی متقاضی را وارد کنید.
3. شماره تلفن کامل متقاضی در طول روز، از جمله پیش شماره را وارد کنید.
4. آدرس کامل خیابان، شهر، ایالت و کد پستی متقاضی را وارد کنید.
5. نام بیمه گر درمانی فعلی متقاضی را وارد کنید.
6. تاریخ شروع اولیه بیمه نامه بهداشتی مندرج در بندهای 5 و 8 را وارد کنید.
7. آدرس کامل خیابان، شهر، ایالت و کد پستی مکانی را که متقاضی پرداخت های حق بیمه خود به بیمه گر را به آنجا پست می کند، وارد کنید.
8. شماره بیمه نامه بهداشتی متقاضی را وارد کنید.
9. کل مبلغ حق بیمه ماهانه بیمه بهداشتی را وارد کنید.
10. تعداد کل افراد تحت پوشش بیمه نامه بهداشتی مندرج در بندهای 5 و 8 را وارد نمایید.
11. نام کامل دارنده بیمه نامه بهداشتی مندرج در بندهای 5 و 8 را وارد نمایید. این نام شخصی است که بیمه نامه برای او صادر شده است.
12. شماره 9 رقمی تامین اجتماعی دارنده بیمه نامه را وارد کنید.
13. با علامت زدن کادر بله یا خیر، مشخص کنید که متقاضی در حال حاضر در Medi-Cal ثبت نام کرده است.
14. با علامت زدن گزینه بله، خیر یا ناشناخته، مشخص کنید که آیا متقاضی در حال حاضر در Medi-Cal Managed Care Plan ثبت نام کرده است.
15. با علامت زدن گزینه بله یا خیر، مشخص کنید که آیا دادگاه به دارنده بیمه نامه حکم داده است که برای متقاضی بیمه فراهم نماید.

16. با علامت زدن کادر بله یا خیر، مشخص کنید که متقاضی در حال حاضر در Medicare ثبت نام کرده است.
17. با علامت زدن گزینه بله یا خیر، مشخص کنید که آیا پرداخت حق بیمه های خدمات بهداشتی به دارنده بیمه نامه به طور کامل بازپرداخت شده است؟
18. با علامت زدن گزینه بله یا خیر، مشخص کنید که آیا متقاضی از اولین باری که در Medi-Cal ثبت نام کرده است، دارای همان بیمه نامه بهداشتی است.
19. تاریخ تکمیل این فرم را وارد کرده و امضا کنید.

این فرم را به آدرس زیر پست کنید: Department of Health Care Services, HIPPA Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. اگر در مورد تکمیل این فرم سوالی دارید، روزهای دوشنبه تا جمعه از 8:00 صبح تا 5:00 بعد از ظهر با شماره 445-8322 (916) تماس بگیرید.