

SOLICITUD DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO DE SALUD

(Vea las instrucciones para llenar este formulario al reverso)

Paso 1: Información sobre la persona que está solicitando participar en el Programa de Pago de Primas de Seguro de Salud (HIPP)

1. Nombre del solicitante (1 ^{er} nombre, 2 ^o nombre, apellido)	2. Núm. de Seguro Social	3. Teléfono ()		
4. Dirección del solicitante	Ciudad	Estado	Código postal	

Paso 2: Información sobre su póliza de seguro de salud

5. Nombre de la aseguradora		6. Fecha de inicio de la póliza		
7. Dirección de facturación de la póliza (donde se envían las primas)	Ciudad	Estado	Código postal	
8. Número de póliza	9. Prima mensual total \$	10. Número total de personas cubiertas bajo la póliza _____		
11. Nombre del titular de la póliza (1 ^{er} nombre, 2 ^o nombre, apellido)	12. Número de Seguro Social del titular de la póliza			

Paso 3: Requisitos de elegibilidad del HIPP

13. ¿El solicitante está inscrito en Medi-Cal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	14. ¿El solicitante está inscrito en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/>
15. ¿El titular de la póliza está obligado por una corte a proporcionar el seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	16. ¿El solicitante está inscrito en Medicare? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17. ¿Se reembolsa completamente al titular de la póliza por el pago de primas de atención de la salud? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	18. Si tiene Medi-Cal, ¿el aplicante ha mantenido la misma póliza de seguro desde que se inscribió por primera vez en Medi-Cal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Si contestó sí a las preguntas 14, 15, 16 o 17, el solicitante no es elegible para el programa HIPP.

Si contestó no a las preguntas 13 o 18, el solicitante no es elegible para el programa HIPP.

Comuníquese con el DHCS a HIPP@dhcs.ca.gov o al (916) 445-8322 si tiene preguntas sobre los requisitos de elegibilidad.

IMPORTANTE: Como condición de elegibilidad, todos los beneficiarios de Medi-Cal asignarán al programa Medi-Cal derechos a los pagos de seguro médico, manutención médica o de terceros y cooperarán con el Departamento de Servicios de Atención de la Salud (conocido en inglés como Department of Health Care Services) de California para obtener la manutención médica o los pagos. La asignación de derechos a los beneficios es efectiva solo para los servicios pagados por el programa Medi-Cal. La asignación de derechos médicos permite que el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California recupere fondos de las aseguradoras de salud o de fondos cuando el programa Medi-Cal paga los servicios médicos que deberían haberse facturado a otra cobertura de seguro de salud. Tenga en cuenta que para cumplir con la Ley Federal de Privacidad (42 USC, sección

552a), su Número de Seguro Social y cualquier información que proporcione pueden usarse para comunicarse con las aseguradoras, empleadores, proveedores de servicios de atención de la salud y agencias del condado para determinar el alcance del seguro de salud disponible. Bajo el Código de Bienestar e Instituciones, sección 14100.2, cualquier información presentada se considera confidencial y se divulga solo según sea necesario para los fines de administración del programa Medi-Cal.

AUTORIZACIÓN: “Por la presente autorizo al Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California a obtener, si es necesario, cualquier información con respecto a mi cobertura de seguro médico privado, incluidos los pagos y/o los beneficios de atención médica hechos en mi nombre, que se puede utilizar para determinar si el Departamento de Servicios de Atención de la Salud de California pagará las primas del seguro de salud para una cobertura continua”.

19. Firma del solicitante (o representante autorizado)	Fecha
--	-------

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD DE PAGO DE PRIMAS DE
SEGURO DE SALUD
FORMULARIO 6172 DEL DHCS**

Las siguientes instrucciones se deben utilizar para llenar la solicitud de Pago de Primas del Seguro de Salud.

1. Escriba el nombre completo del solicitante.
2. Escriba el número de Seguro Social de nueve dígitos del solicitante.
3. Escriba el número de teléfono completo del solicitante durante el día, incluido el código de área.
4. Escriba la dirección completa, ciudad, estado y código postal del solicitante.
5. Escriba el nombre de la aseguradora actual del solicitante.
6. Escriba la fecha de inicio de la póliza inicial de la póliza de seguro de salud que figura en los artículos 5 y 8.
7. Escriba la dirección completa, ciudad, estado y código postal donde el solicitante envía sus pagos de primas a la aseguradora.
8. Escriba el número de la póliza de seguro de salud del solicitante.
9. Escriba el monto de la prima mensual total del seguro de salud.
10. Escriba el número total de personas cubiertas por la póliza de seguro de salud que figura en los artículos 5 y 8.
11. Escriba el nombre completo del titular de la póliza de seguro de salud que figura en los artículos 5 y 8. Este es el nombre de la persona a quien se emitió la póliza.
12. Escriba el número de Seguro Social de nueve dígitos del titular de la póliza.
13. Indique si el solicitante está actualmente inscrito en Medi-Cal marcando la casilla Sí o No.
14. Indique si el solicitante está actualmente inscrito en un plan de atención médica administrada de Medi-Cal marcando la casilla Sí, No o No sé.
15. Indique si el titular de la póliza tiene una orden de la corte que lo obliga a proporcionar seguro al solicitante marcando la casilla Sí o No.
16. Indique si el solicitante está actualmente inscrito en Medicare marcando la casilla Sí o No.

17. Indique si el titular de la póliza recibe un reembolso total por el pago de las primas de atención de la salud marcando la casilla Sí o No.
18. Indique si el solicitante tiene la misma póliza de seguro de salud desde que se inscribió por primera vez en Medi-Cal marcando la casilla Sí o No.
19. Firme y escriba la fecha cuando haya llenado este formulario.

Envíe este formulario a: Department of Health Care Services, HIPP Program, MS 4719, PO Box 997425, Sacramento, CA 95899-7422. Si tiene alguna pregunta sobre cómo llenar este formulario, llame al (916) 445-8322, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. de lunes a viernes.