MoHealthNet

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGUROS MÉDICOS (HIPP)

Los participantes deben llenar esta solicitud y enviarla con una copia de la información de su póliza por correo electrónico a MHD.HIPP@dss.mo.gov o por correspondencia a: *MO HealthNet Division, ATTN: HIPP Program, PO Box 6500, Jefferson City, MO 65102-6500*. También se puede entregar a un especialista en Elegibilidad de la División de Apoyo a la Familia (FSD) para que la haga llegar al Programa HIPP. Comuníquese con el HIPP al (573) 751-2005.

Sección 1. Información del titular de la póliza

Nombre del titular de la póliza	Número de Seguro Social del titular de la póliza	Teléfono	
Domicilio	Ciudad	Estado	C. P.

Sección 2. Información del seguro

Nombre de la aseguradora	Número de teléfono de la aseguradora		
Domicilio postal para solicitudes de reembolso	Ciudad	Estado	C. P.
Número de póliza	Número del grupo de pólizas		

Sección 3. Liste todas las personas que puedan tener cobertura de esta póliza, incluido el titular de la póliza

Nombre	Fecha de nacimiento	Elegible para MO HealthNet	No. ID MO HealthNet	No. Seguro Social
		☐ Sí ☐ No ☐ Solicitado		
		☐ Sí ☐ No ☐ Solicitado		
		☐ Sí ☐ No ☐ Solicitado		
		☐ Sí ☐ No ☐ Solicitado		
		☐ Sí ☐ No ☐ Solicitado		
		☐ Sí ☐ No ☐ Solicitado		

Sección 4

1. ¿Está inscrito actualmente en esta póliza? ☐ Sí ☐ No	2. ¿Sus dependientes están inscritos actualmente en esta póliza? ☐ Sí ☐ No
3. Cuál es su circunstancia actual: ☐ Empleado ☐ Desempleado ☐ Licencia familiar o médica	4. Cómo adquirió su póliza: ☐ Con un empleador ☐ Con un empleador anterior ☐ Seguro privado
5. ¿Cuál es el monto de la prima de la cobertura de Medicaid? $	6. Cómo paga sus primas: ☐ Descuentos de nómina ☐ Pagos directos a la aseguradora ☐ Pagos directos al empleador
7. Cada cuándo paga sus primas: ☐ Mensual ☐ Quincenal ☐ Bimensual ☐ Semanal ☐ Trimestral	8. Fecha límite de pago de la siguiente prima:
9. Nombre del empleador actual o anterior	Número de teléfono del empleador actual o anterior
Domicilio del empleador actual o anterior	Ciudad / Estado / C. P.

IMPORTANTE

DEBE PROPORCIONAR COPIAS DEL ANVERSO Y EL FRENTE DE LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO, MATERIALES DE AFILIACIÓN ABIERTA, EL CALENDARIO DE BENEFICIOS O EL RESUMEN DE LA COBERTURA QUE SE DESCRIBE EN LA PÓLIZA. LA ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA HIPP NO SE PUEDE ESTABLECER SIN ESTA INFORMACIÓN.

Mi firma a continuación garantiza que mis respuestas en este formulario son correctas, verdaderas y fieles a mi leal saber y entender. Autorizo que aseguradoras o empleadores divulguen cualquier información necesaria sobre mí o mis dependientes para determinar la elegibilidad para el programa HIPP.

10. Firma del titular de la póliza	Fecha
¿Usted o un miembro de su familia inmediata han servido alguna vez en las Fuerzas Armadas de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, ¿le gustaría recibir información sobre servicios relacionados con el ejército en Missouri? ☐ Sí ☐ No

Instrucciones para llenar la solicitud

El Programa de Pago de Primas de Seguros Médicos (HIPP) paga el precio de los planes de seguro médico cuando el Departamento de Servicios Sociales decide que sería más económico comprar un seguro médico para cubrir la atención médica que pagar la atención solo con fondos de MO HealthNet. Para tener acceso al programa de Pago de Primas de Seguros Médicos (HIPP), algunas o todas las personas que gozan de la cobertura de una póliza de seguro deben reunir los requisitos de MO HealthNet.

¿QUIÉNES PUEDEN OPTAR POR PRESENTAR UNA SOLICITUD?

Puede optar por solicitar el programa HIPP si usted o un miembro de su hogar están solicitando MO HealthNet o cubren los requisitos de MO HealthNet (excepto *spend-down*) y tienen un seguro médico disponible de otras fuentes (pólizas financiadas por empleadores, pólizas personales, cooperativas de crédito, afiliaciones a iglesias, sindicatos, membresías en organizaciones, etc.). Si el Departamento determina que el plan de seguro médico es rentable, MO HealthNet pagará la prima y los costos compartidos de los participantes de MO HealthNet en la póliza.

Los participantes de MO HealthNet no pueden tener acceso al programa HIPP si ya cuentan con la cobertura de un plan de atención administrada, si reúnen los criterios de Medicare o están inscritos en Medicare, o si la póliza es de naturaleza judicial.

Sección 1	Indique la siguiente información sobre el **titular de la póliza:** nombre, número de seguro social, domicilio y número de teléfono. Si no tiene teléfono, indique un número donde se le pueda localizar o dejar un mensaje.
Sección 2	Indique el nombre, la dirección postal para solicitudes de reembolso y el número de teléfono de la aseguradora, el número de póliza y el número del grupo de pólizas de cualquier seguro que tenga actualmente, o cualquier seguro que ofrezcan su empleador o alguna otra fuente. Si su empleador o exempleador **no** ofrecen ningún seguro médico grupal, escriba "no hay ningún seguro disponible" sobre la sección 2 y luego firme y feche la solicitud.
Sección 3	Indique el nombre y la fecha de nacimiento de todos los miembros de su familia que puedan recibir la cobertura de esta póliza, incluido el titular de la póliza. Marque una casilla (Sí o No) para indicar si la persona actualmente tiene MO HealthNet. Si marca una casilla con 'Sí', escriba el número de identificación (DCN) de MO HealthNet de la persona que figura en su tarjeta de MO HealthNet. Si han solicitado MO HealthNet, pero no saben si son elegibles, se debe marcar la casilla "Solicitado". Indique el número de seguro social de cada individuo.
Sección 4	1. Indique si actualmente cuenta con la cobertura de esta póliza de seguro. 2. Indique si su cónyuge o hijos actualmente cuentan con la cobertura de esta póliza. 3. Indique su situación laboral actual. 4. Indique si este seguro lo brinda su empleador actual, un empleador anterior (como un plan COBRA) o si es un plan de seguro que haya comprado por cuenta propia. 5. Indique el monto de su fracción de la prima para recibir cobertura médica. 6. Indique si el pago de sus primas actualmente se realiza mediante deducción de nómina, pago directo a la aseguradora o pago directo al empleador. 7. Indique cada cuánto vence el pago de la prima. Por ejemplo: mensualmente (una vez al mes), quincenalmente (cada dos semanas), bimensualmente (dos veces al mes), semanalmente (una vez a la semana), trimestralmente (cada tres meses). 8. Indique la fecha de vencimiento de su próxima prima. 9. Indique el nombre, el domicilio y el número de teléfono de su empleador o exempleador. Se contacta a los empleadores para verificar deducciones de nómina, tarifas, etc. 10. Firme y feche el formulario de solicitud en la parte inferior.