



**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMAS DE SEGURO MÉDICO (HIPP)**

<b>1. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA</b>		<b>2. INFORMACIÓN DE LA ASEGURADORA</b>	
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DE LA ASEGURADORA	
No. DE SEGURO SOCIAL DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		DIRECCIÓN POSTAL PARA RECLAMACIONES	
DIRECCIÓN		CIUDAD, ESTADO, C. P. DE LA ASEGURADORA	
CIUDAD		TELÉFONO DE LA ASEGURADORA	
ESTADO, C. P.	TELÉFONO	NÚMERO DE PÓLIZA	
CORREO ELECTRÓNICO		NÚMERO DEL GRUPO DE PÓLIZA	

3. ANOTE TODAS LAS PERSONAS QUE SE BENEFICIEN DE LA COBERTURA DE LA PÓLIZA, INCLUIDO EL TITULAR				
NOMBRE	FECHA NAC.	ELEGIBLE PARA MO HEALTHNET	# ID DE MO HEALTHNET	# DE SEGURO SOCIAL
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLIC.		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLIC.		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLIC.		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLIC.		
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SOLIC.		

4. ¿Actualmente está registrado en esta póliza?  Sí  No

5. ¿Sus dependientes actualmente están registrados en esta póliza?  Sí  No

6. Actualmente usted está:  Empleado  Desempleado  En licencia por motivos familiares o de salud

7. Esta póliza se obtiene:  Por medio de un empleador  Por medio de un ex empleador  Se compra de manera privada

8. Indique el monto de la prima de los seguros: médico \$ \_\_\_\_\_ dental \$ \_\_\_\_\_ oftalmológico \$ \_\_\_\_\_

9. Sus primas:  Se descuentan de su sueldo  Se pagan directamente a la aseguradora  Se pagan directamente al empleador

10. Sus primas se pagan:  Mensualmente  Cada dos semanas  Dos veces al mes  Semanalmente  Trimestralmente

11. Fecha límite del próximo pago de prima: \_\_\_\_\_

12. Anote el nombre, la dirección y el teléfono del empleador o ex empleador:

NOMBRE DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR
DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR	CIUDAD
ESTADO	C. P.

**IMPORTANTE**

**PROPORCIONE** COPIAS DEL FRENTE Y EL REVERSO DE LAS TARJETAS DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO, MATERIALES DE LA APERTURA PARA INSCRIPCIONES, EL PROGRAMA DE BENEFICIOS O UN RESUMEN DE LA COBERTURA QUE DESCRIBA LA PÓLIZA. SIN ESTA INFORMACIÓN NO SE PUEDE ASIGNAR ELEGIBILIDAD EN EL PROGRAMA HIPP.

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

FIRMA DEL TITULAR DE LA PÓLIZA	FECHA
FIRMA DEL COORDINADOR DE ATENCIÓN	CARGO
AGENCIA/AFILIACIÓN	TELÉFONO
	FECHA

Envíe su solicitud llena con una copia de la información de su póliza a esta dirección o el correo electrónico, o entregue su solicitud a su Especialista en Elegibilidad de la División de Apoyo a la Familia para que él la envíe.

MO HealthNet Division  
ATTN: HIPP Program  
P.O. Box 6500  
Jefferson City, MO 65102-6500  
Tel.: 573-751-2005

CORREO ELECTRÓNICO:  
MHD.HIPP@dss.mo.gov

¿Usted o un familiar inmediato han prestado servicios en las Fuerzas Armadas de EE. UU.?      Sí     No

Si respondió 'Sí', ¿desea información sobre servicios relacionados con el ejército en Missouri?      Sí     No

### INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD

El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP) paga los costos de los planes de seguro médico cuando el Departamento de Servicios Sociales decide que cuesta menos comprar un seguro de salud para pagar la atención médica que pagarla solo con los fondos de Medicaid. Para acceder al programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP), algunas o todas las personas que se beneficien de la cobertura de las pólizas de seguro deben cumplir los requisitos para acceder a Medicaid.

#### ¿QUIÉNES DEBEN ENVIAR UNA SOLICITUD?

**Debe** enviar su solicitud para ingresar al programa HIPP si se cumplen todos los siguientes criterios:

- usted o un miembro de su hogar están solicitando Medicaid o cumple los requisitos para acceder a Medicaid (sin considerar el programa de responsabilidad económica [*spend-down*]);
- usted o un miembro de su hogar tienen un empleo o perdieron su empleo en los últimos treinta días, y
- el empleador o exempleador ofrece cobertura de seguro médico **grupal**.

Si el Departamento de Servicios Sociales decide que el plan de seguro médico es rentable, usted **debe** participar en el Programa HIPP.

**Los beneficios de Medicaid de los solicitantes, beneficiarios, padres, tutores o cuidadores podrían ser denegados o cancelados si el solicitante, beneficiario, padre, tutor o cuidador no proporciona la información necesaria para definir la rentabilidad o no se registra en el plan de seguro médico grupal que el Departamento determina que es rentable.**

#### ¿QUIÉNES TIENEN LA OPCIÓN DE ENVIAR UNA SOLICITUD?

Puede optar por enviar su solicitud al programa HIPP si usted o un miembro de su hogar están solicitando Medicaid o cumplen los requisitos para acceder a Medicaid (sin considerar el programa de responsabilidad económica [*spend-down*]) y cuenta con un seguro médico de fuentes **que no son empleadores** (pólizas personales, cooperativas de crédito, afiliaciones religiosas, membresías en organizaciones, etc.). Si el Departamento determina que el plan de seguro médico es rentable, Medicaid pagará la prima.

- Sección 1.** Proporcione la siguiente información sobre el **titular de la póliza**. Nombre, número de seguro social, dirección y número de teléfono. Si no tiene teléfono, escriba un número donde se le pueda contactar o dejar un mensaje.
  - Sección 2.** Proporcione el nombre, la dirección postal para las primas y el número de teléfono de la aseguradora, el número de póliza y el número del grupo de la póliza de todos los seguros con los que cuenta actualmente o cualquier seguro que ofrezcan su empleador o alguien más. Si su empleador o exempleador **no** ofrecen seguro médico grupal, escriba "no insurance available" abarcando toda la sección 2 y luego coloque su firma y la fecha en la solicitud.
  - Sección 3.** Proporcione el nombre y la fecha de nacimiento de todos los miembros de su familia que pueden beneficiarse de la cobertura de dicha póliza, incluido el titular de la póliza. Marque una casilla (SÍ o NO) para indicar si la persona actualmente tiene acceso a Medicaid. Si marca la casilla 'SÍ', escriba el número de identificación de Medicaid (DCN) de la persona tal como aparece en su tarjeta de Medicaid. Si la persona ha solicitado Medicaid pero aún no sabe si cumple los requisitos, entonces debe marcar la casilla SOLIC. (de *solicitado*). Indique el número de Seguro Social de cada individuo.
  - Sección 4.** Indique si actualmente cuenta con cobertura de dicha póliza de seguro.
  - Sección 5.** Indique si su cónyuge o sus hijos cuentan con cobertura de dicha póliza.
  - Sección 6.** Indique su situación laboral actual.
  - Sección 7.** Indique si accede a dicho seguro a través de su empleador actual, un exempleador (por ejemplo, un plan COBRA) o un plan de seguro que compró por su cuenta.
  - Sección 8.** Indique el monto de su contribución a la prima de la cobertura médica, dental u oftalmológica.
  - Sección 9.** Indique si para pagar las primas actualmente el monto se descuenta de su sueldo, se realiza un pago directo a la aseguradora o se realiza un pago directo al empleador.
  - Sección 10.** Indique la frecuencia de los pagos de las primas. Por ejemplo: mensualmente (una vez al mes), cada dos semanas (quincenalmente), dos veces al mes, semanalmente (una vez a la semana), trimestralmente (cada tres meses).
  - Sección 11.** Indique la fecha límite del próximo pago de la prima.
  - Sección 12.** Indique el nombre, la dirección y el número de teléfono de su empleador o exempleador. Se contacta a los empleadores para confirmar deducciones de sueldos, tasas, etc.
- Firma:** Coloque su firma y la fecha en la parte inferior del formulario de solicitud.