



¡Es fácil solicitar  
LaHIPP! Solo complete  
la solicitud dentro de  
este panfleto y:

Envíela gratis por fax al:

1-855-618-5486

Envíela por correo a:

Attn: LaHIPP  
P. O. Box 91030  
Baton Rouge, LA 70821-0930

Envíela por correo electrónico al:

La.HIPP@la.gov

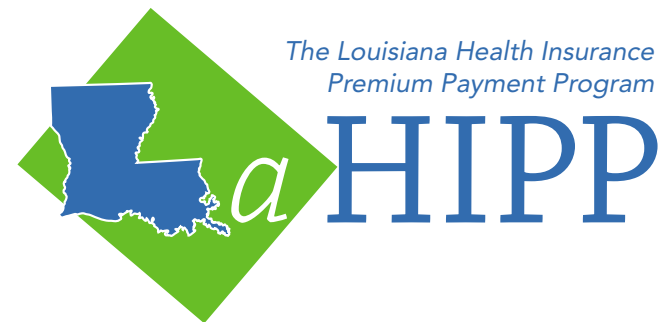
### ¿Tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud de LaHIPP?

Estamos aquí para ayudar. Llámenos gratis al  
1-855-618-5488 de lunes a viernes entre las 8  
a.m. y 4:30 p.m. O visite nuestro sitio web  
[ldh.la.gov/lahipp](http://ldh.la.gov/lahipp).

*Note: Las fotos no representan clientes reales.*

*Este documento fue impreso internamente por \$652.47. 2,000 copias de este documento fueron publicadas en esta primera impresión por \$652.47. El costo total de todas impresiones de este documento, incluso las reimpressiones, es \$652.47. Este documento fue publicado para informar a los solicitantes, inscritos y otras personas del programa LaHIPP a través del programa Medicaid de Louisiana en conformidad con 42 CFR 435.905(a)(1). Este material fue impreso según las normas de impresión para agencias estatales, establecidas de acuerdo con R.S. 43:31.*

¡Una vida más sana  
**HOY** para un **MAÑANA**  
más brillante!



LaHIPP puede pagar las primas  
de su seguro médico individual  
o seguro financiado por un  
empleador si Ud. o un miembro  
de su familia recibe Medicaid.

El seguro médico privado puede  
proporcionar:

- » Pagos por servicios médicos que Medicaid no cubre
- » Cuidado de salud para toda su familia, incluso los que no reúnen los requisitos de Medicaid
- » Acceso a más médicos, incluso muchos especialistas

#### Para cumplir los requisitos, usted o un miembro de su familia:

- » Debe recibir beneficios de Medicaid
- » Debe tener acceso al seguro médico privado a través de un trabajo o plan individual



# APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE PAGO DE PRIMA DE SEGURO DE SALUD DE LOUISIANA (LAHIPP)

1. ¿Tiene actualmente Ud. o alguien en su familia seguro médico privado a través de un trabajo, COBRA o plan individual comprado (o tiene acceso a tal plan)?  Sí  No De ser **ASÍ**, elija el tipo de plan que tiene:

<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Individual + niños	<input type="checkbox"/> Individual + esposo	<input type="checkbox"/> Familia
-------------------------------------	---	--	----------------------------------

2. Complete la siguiente información sobre la persona dueña de la póliza o de la persona empleada:

Nombre del dueño:		Fecha de nacimiento:
SSN:	Número de teléfono:	Correo electrónico:
Dirección postal:		

3. Provea los siguientes datos sobre la póliza de seguro médico:

¿Es la póliza de seguro financiado por un empleador (ESI) o de seguro médico individual (IHI)? <input type="checkbox"/> ESI <input type="checkbox"/> IHI	
Compañía de seguros:	Número de teléfono del seguro:
Número de póliza:	Número de grupo:

4. ¿Cuánto cuesta la cuota mensual de esta póliza (si la conoce)? \$\_\_\_\_\_ Los pagos/las deducciones se hacen cada:

<input type="checkbox"/> Semana	<input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Trimestre	<input type="checkbox"/> Otra frecuencia
---------------------------------	---	---	------------------------------	------------------------------------	--

5. Anote a las personas aseguradas que reúnen los requisitos de Medicaid: (use una hoja adicional si es necesario)

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Parentesco con el dueño de la póliza

6. ¿Está embarazada alguna de las personas arriba señaladas, o tiene un trastorno médico especial? (use una hoja adicional si es necesario)

Nombre	Trastorno médico	Nombre del centro de maternidad

7. Se hacen los pagos a través del sistema LaGov de la División de Administración (DOA) y se reciben electrónicamente a través de la transferencia electrónica de fondos. Para inscribirse al sistema LaGov para los pagos electrónicos, descargue y complete el **Formulario W-9** y **Formulario de Inscripción en EFT** de la página web [ldh.la.gov/lahipp](http://ldh.la.gov/lahipp).

Para trámite más rápido, adjunte una copia de su **tarjeta de seguro médico** si la tiene, un **resumen de beneficios y tasas** de su compañía de seguros y un **talón de cheque** reciente para enseñar la deducción de su prima.

Después de leer la sección "Derechos y responsabilidades" a la derecha, complete la solicitud firmando a continuación:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró usted de LaHIPP? \_\_\_\_\_

## Sus Derechos y Responsabilidades

- » » Cooperaré con LaHIPP para dar información sobre mi cobertura corriente de seguro médico e inscribirme si es necesario. También inscribiré a los dependientes que reciben Medicaid si LaHIPP decide que es económico ayudar a pagar el seguro.
- » Mantendré la cobertura de seguro médico privado mientras reciba pagos de prima de LaHIPP.
- » Si decido que los requisitos de inscripción o manutención del seguro médico privado me dificultan, me comunicaré con el programa LaHIPP y pediré una revisión de la situación.
- » Estoy de acuerdo con que LaHIPP se comunique con cualquier persona, proveedor médico, compañía de seguros, empleador u otra organización/agencia para obtener información sobre seguro médico, tratamiento médico y empleo sobre mí o sobre mis dependientes.
- » Acepto informar a LaHIPP dentro de 10 días:
  - cambios en lo que cubre el seguro de salud
  - cambios en la compañía de seguros
  - cambios en el costo del seguro
  - si termina un trabajo
  - cuando termina un embarazo
  - si alguien se muda fuera del estado
  - cuando dispone de Medicare
- » Acepto devolver el dinero al Departamento de Salud de Louisiana si recibo dinero que no corresponde por mi seguro de LaHIPP.
- » Yo acepto que LaHIPP puede usar LaGov, el sistema electrónico de la División de Administración (DOA), para realizar los reembolsos de mis cuotas del seguro médico y que LaHIPP puede proveer a la DOA y a mi banco cualquier dato necesario para hacer esos pagos. Yo acepto inscribirme en el sistema LaGov, o acepto permitir que LaHIPP actúe en mi nombre para inscribirme y consiento todos los términos y las condiciones aplicables del uso del portal de LaGov Autoinscripción del Proveedor. Si deseo recibir pagos por transferencia electrónica de fondos (EFT) en vez de cheque, acepto entregar el formulario de inscripción a la EFT que completamos mi banco y yo.

Envíe la solicitud completada por fax gratis al 1-855-618-5486

Por correo al Attn: LaHIPP, P. O. Box 91030, Baton Rouge, LA 70821-0930

Por correo electrónico a La.HIPP@la.gov