



STATE OF NEVADA
Department of Health and Human Services
Division of Health Care Financing and Policy

DWSS Office

- Belrose
- Flamingo
- Henderson
- Owens
- Nellis
- Reno
- Sparks
- Carson City
- Elko
- Fallon
- Ely
- Yerington
- Hawthorne
- Winnemucca

Solicitud del Program de Pagos de Seguro Medico (HIPP)

1. INFORMACION DE LA FAMILIA

Nombre del Jefe de Familia (<i>apellido, nombre</i>)	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social	Tiene Usted Medicaid?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid:
Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) Si está casado(a), nombre de su pareja:			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid:
Dirección	Apt./Espacio	Ciudad /Estado	Teléfono Casa / Celular

2. INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

A nombre de quien está la Póliza de Seguro Medico?	Número de Seguro Social	Nombre de la Compañía	Número de Póliza/Grupo
Nombre y Dirección del Empleador		Cuotas de Seguro y Deducibles	
		<input type="checkbox"/> Pagado por el asegurado por medio de deducción de cheque <input type="checkbox"/> Pagado por el asegurado directamente a la compañía de Seguro <input type="checkbox"/> Pagado totalmente por el empleador <input type="checkbox"/> Otro _____	
Qué Tipo de Seguro Medico está Disponible:		Frecuencia:	
<input type="checkbox"/> Seguro Medico de gasto Mayores (incluyendo hospital, Doctores, etc) <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Recetas Médicas <input type="checkbox"/> Organización de Mantenimiento de Salud (HMO)		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Cada tres meses <input type="checkbox"/> Otro	
		Cantidad: \$ _____	
		Deducibles Anual: Individual \$ Familiar \$	

3. MIEMBROS DEL HOGAR (*actualmente cubiertos o elegibles para ser cubiertos por su Seguro Médico*)

Nombre (<i>apellido, nombre</i>)	Fecha de Nac.	Relación hacia el asegurado	Tiene Medicaid?	Condición catastrófica de salud?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Por favor especifique

Por favor conteste todas las preguntas a lo mejor de su habilidad y firme la aplicación. Adjunto esta la forma de HIPAA que también tiene que ser firmada para poder verificar la información que contiene esta forma. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta forma, por favor llame gratis al **1-855-528-2596**.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Cuidado de Financiamiento de Salud y Póliza, provee servicios sin discriminación de cualquier tipo debido a raza, origen nacional, color, sexo, religión, edad o discapacidad (incluyendo SIDA y condiciones relacionadas) como requiere la ley federal.

Enviar por Fax gratis a: 1-855-650-5753
Enviar por correo a: Change Healthcare
PO Box 148850
Nashville, TN 37214-8029

Firma

Fecha



STATE OF NEVADA
Department of Health and Human Services
Division of Health Care Financing and Policy

COMUNICADO DE AUTORIDAD (HIPAA)

**AUTORIZACION PARA EL USO Y REVELACION DE
INFORMACION DE SALUD PROTEJIDA**

Nombre del beneficiario _____

Número de Medicaid: _____ **Fecha Efectiva de HIPP:** _____

**[Esta autorización aplica para cualquier información gobernada por Health Insurance Portability y
Accountability Act de 1996 (“HIPAA”)]**

1. Yo por medio de la presente autorizo a la compañía de seguro medico de mi empleador o al representante de beneficios de mi empleador a que proporcione o revele mi Información de Salud Protegida (PHI) como se describe abajo. Yo entiendo que la información puede ser revelada otra vez y dejar de ser protegida por regulaciones de privacidad federal.
2. La información obtenida será usada para el siguiente propósito(s): Pre-calificación para el registro en el programa de Health Insurance Premium Payment (HIPP), y la re-evaluación para registro continuo. HIPP es administrado por Change Healthcare de parte del Estado de Nevada, División de Cuidado de Financiamiento de Salud y Póliza (DHC FP). La pre-calificación requiere contactarse con su seguro medico o el representante de beneficios de su empleo para verificar información de seguro medico tales como número de póliza, cobertura, cuotas y pagos.
3. Personas o entidades autorizadas para recibir y usar la información incluyen DHC FP y su Agente Fiscal, HPES y Change Healthcare.
4. Ninguna persona y/o entidad autorizada para usar/revelar la información recibirá compensación por hacerlo.
5. Yo entiendo que esta autorización es voluntaria y que yo puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negación para firmar no afectará mi pago para o cobertura de servicios, o la habilidad para obtener tratamiento; no obstante, esto puede o no puede afectar mi elegibilidad para servicios futuros como se especifican bajo el número (6) de esta forma.
6. El propósito de esta autorización es para que DHC FP determine elegibilidad de HIPP antes de registrar a alguien; la solicitud de uso o revelación no es para notas psicoterapeutas. Si yo me reuso a firmar esta autorización, DHC FP reserva el derecho de negar el enrolamiento o elegibilidad para beneficios.
7. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización a cualquier hora notificando a DHC FP por escrito, excepto al extremo que:
 - a) Ya se ha tomado acción como resultado de esta autorización; o
 - b) Si está autorización es obtenida como una condición para obtener cobertura médica, otra ley provee al asegurado con el derecho de impugnar un reclamo bajo la póliza o la póliza en sí.
8. Yo entiendo que yo puedo inspeccionar o copiar la información usada o revelada.
9. Yo entiendo que tengo el derecho de solicitar y recibir una Forma de Noticia de Practica de Privacidad de DHC FP.

Firma del beneficiario o Representante Personal

Fecha

Escriba el Nombre del beneficiario o Representante Personal

Parentesco con el beneficiario o Representante Personal

*El program de HIPP es administrada por Change Healthcare, bajo contrato con
el Departamento de Salud y Servicios Humanos, División de Cuidado de Financiamiento de Salud y Póliza.*