

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Sur

PROGRAMA DE PAGO DE LA PRIMA DEL SEGURO DE SALUD (HIPP, siglas en inglés)

FORMULARIO DE REFERIDO

P.O. Box 100127 | Columbia, SC 29202 | 803-264-6838 (O) | 803-264-6847 (O) | 803-462-2580 (F) | www.scdhhs.gov

Instrucciones: Por favor complete el siguiente formulario y devuélvalo a la dirección de correo o al número de fax indicado anteriormente.

Sección I	Información del Beneficiario	Fecha: _____
Nombre: _____ # de ID Medicaid: _____		
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____		
Teléfono: (____) _____ Teléfono del Trabajo: (____) _____ Teléfono Celular: (____) _____ Correo Electrónico: _____		
Fecha de Nacimiento: _____		
La mejor hora para contactarme es: _____ A.M. <input type="checkbox"/> P.M. o a mi <input type="checkbox"/> Teléfono en Casa <input type="checkbox"/> Teléfono en el Trabajo <input type="checkbox"/> Teléfono Celular		
Si está completando este formulario para un solicitante referido, y es responsable por esa persona, por favor indique su relación con el solicitante.		
<input type="checkbox"/> Esposo/a <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro (Explique) _____		
Elegible para Medicaid: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es sí, ¿cuál es su fecha de elegibilidad? _____		
¿Hay beneficiarios adicionales de Medicaid en su hogar quienes están interesados en aplicar para los servicios HIPP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es si, por favor proporcione la siguiente información para cada referido; e indique nombres adicionales al reverso de este formulario.		
Nombre: _____ # de ID Medicaid: _____		
Nombre: _____ # de ID Medicaid: _____		
¿A quién debemos agradecer por referirle? _____		
Nombre de la Agencia de Referencia: _____ Dirección: _____ Teléfono: (____) _____		
Razón por Referido/Diagnóstico: _____		

Sección II	Información del Seguro
Nombre del Asegurado: _____ Relación con el Solicitante Referido: _____	
Nombre de la Compañía del Seguro Primario: _____ # de Póliza: _____ # ID de Grupo: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____	
Nombre del Empleador: _____ Contacto del Rep. del Empleador: _____ Teléfono: (____) _____	
Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	
Nombre del Asegurado: _____ Relación al Solicitante Referido: _____ Compañía Secundaria de Seguro: _____	
# de Póliza: _____ # ID de Grupo: _____	
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____	
Nombre del Empleador: _____ Contacto del Rep. del Empleador: _____ Teléfono: (____) _____	
Dirección del Empleador: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	

Sección III	Documentos Complementarios
<i>Los siguientes documentos complementarios son requeridos para completar su aplicación referida al HIPP. Cuando los obtenga, por favor presente estos documentos a la dirección o número de fax que aparecen arriba. NO TIENE que esperar para presentar todos los documentos complementarios a la vez.</i>	
<input type="checkbox"/> Facturas de las Primas del Seguro de Salud o Recibo de Pagos de Sueldo	<input type="checkbox"/> Folletos del Plan de Salud o Resumen de Beneficios
<input type="checkbox"/> 4-6 Meses de Explicación de Beneficios (EOBs)	