

## Division of Specialized Care for Children

# Hoja de recomendaciones del Programa HIPP

El Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (Health Insurance Premium Payment, HIPP) paga las primas de seguro médico para algunos niños que tienen costos médicos altos y que tienen seguro médico privado disponible. El seguro médico para el que el participante es elegible debe ser rentable. El seguro puede estar disponible directamente para el participante o mediante otra persona, como uno de los padres. El niño debe tener Medicaid y seguro privado en el momento de la solicitud.

El HIPP está disponible si el niño tiene una enfermedad o condición grave.

El HIPP está disponible para todos los niños que reciben dinero en efectivo o seguro médico, excepto los siguientes:

- Participantes inscritos en spenddown
- Beneficiarios Calificados de Medicare (QMB) solamente
- Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos Especificados (SLIB) solamente
- Participantes de centros de cuidado a largo plazo o
- Participantes inscritos en un plan de salud como lo exige una orden de manutención infantil

La Sección de Responsabilidades de Terceros (Third Party Liability Section) de la Oficina de Cobros (Bureau of Collections, BOC) administra el HIPP. La BOC decide la rentabilidad de cada póliza de seguro médico caso por caso. Cuando el plan de salud es rentable, el Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de Illinois (Department of Healthcare and Family Services, HFS) paga la prima del niño a uno de los siguientes:

- Compañía de seguro médico
- Empleador
- Sindicato u otra organización
- Participante (solo reembolso)

Para solicitar el Programa HIPP, puede usar el portal en línea y subir todos los documentos necesarios. Puede acceder a la solicitud y al portal del HIPP en <https://webappspt.illinois.gov/hfs/BocPortal/>. Debe crear una cuenta para usar el portal.

Si no puede usar el portal en línea, puede comunicarse con el HIPP para obtener la solicitud actual. Puede enviarles un correo electrónico a [hfs.boc.hipp@illinois.gov](mailto:hfs.boc.hipp@illinois.gov) o llamar a la **Línea Directa del HIPP al (217) 524-8268**.

## Con su solicitud, también necesita:

1. Una declaración del médico que describe la condición y los diagnósticos del niño. Consulte nuestros [Ejemplos de Cartas de Necesidad Médica del Médico](#) como referencia.
2. Un resumen de reclamos de su compañía de seguros de los últimos seis meses.  
Para obtener el resumen de reclamos, puede seguir estos pasos para la mayoría de las compañías de seguros:
  - a. Log in (Iniciar sesión)
  - b. Vaya a la pestaña Claims (Reclamos)
  - c. Filtre el rango de fechas para los últimos seis meses
  - d. Elija un miembro (solo el solicitante del HIPD)
  - e. Haga clic en Apply (Aplicar)
  - f. Cambie el menú desplegable para mostrar ALL (TODOS) en lugar de 10 (solo en BCBS)
  - g. Seleccione ALL (TODOS)
  - h. Download Excel (Descargar Excel)
3. Una copia del frente y el reverso de la tarjeta de seguro.
4. La dirección a donde se deben enviar las primas.

**Puede enviar su paquete por correo a:** HIPD Unit, P.O. Box 19149, Springfield, IL 62794.

También puede enviar todo por correo electrónico a [hfs.boc.hipp@illinois.gov](mailto:hfs.boc.hipp@illinois.gov). **Asegúrese de incluir el nombre de su hijo y el número de identificación de beneficiario de Medicaid cuando envíe el correo electrónico.**

¡Contáctenos al **(800) 322-3722** si tiene preguntas o para recibir más información!

Visite nuestro sitio web en [dscg.uic.edu](http://dscg.uic.edu).

