



P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738 | www.CareSource.com

Estimado empleador:

Uno de sus empleados es un afiliado del Healthy Indiana Plan (HIP). CareSource se encarga de la atención médica de su empleado.

El HIP es un plan de salud de bajo costo para adultos Hoosiers de entre 19 y 64 años y está patrocinado por el estado. El HIP requiere que algunos afiliados realicen un pago mensual en una cuenta de bienestar personal y responsabilidad (POWER). El dinero en la cuenta se utiliza para pagar la parte de los costos de atención médica del afiliado.

Los empleadores pueden elegir realizar un pago de la contribución a la cuenta POWER del afiliado para compensar la parte del empleado. La contribución del empleador no puede superar la contribución anual de un individuo a la cuenta POWER restante al momento del pago.

Como empleador, hay muchos beneficios para su compañía por pagar la cuenta HIP POWER de su empleado; ellos son:

- Lealtad del personal,
- Más productividad,
- Salud y bienestar,
- Menos trabajo perdido debido a la enfermedad, y
- Costos más bajos de atención médica.

Si desea contribuir, complete el formulario de "contribución del empleador" que se adjunta, luego envíe el formulario a CareSource con la información de su cheque o tarjeta de crédito. También puede pagar en línea en www.CareSource.com (URL: <https://www.caresource.com/members/indiana/hip-hhw/costs-how-to-pay/>). Es necesario introducir el RID del afiliado, la fecha de nacimiento del afiliado y los últimos 4 dígitos del número de seguridad social del afiliado para realizar el pago en línea). Puede pagar su contribución mediante el pago de una suma total; o, si desea hacer pagos mensuales para su empleado, recibirá una factura mensual de CareSource.

Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Afiliados de CareSource al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

Atentamente,

CareSource

Autorización de contribución de tercero

Los empleadores, las organizaciones sin fines de lucro y otros terceros pagadores pueden ayudar a un afiliado del Healthy Indiana Plan (HIP) con toda o parte de la contribución mensual a la cuenta POWER. El empleado debe completar la "Información del empleado" a continuación y el tercero que contribuye debe completar este formulario y enviarlo a CareSource a la dirección que figura en la parte inferior de este formulario.

Comuníquese a Servicios para Afiliados de CareSource al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711) si tienes preguntas.

Información del afiliado del HIP (empleado):

Nombre: _____ N°. de RID: _____

Dirección de correo electrónico del afiliado: _____

Dirección de correo postal: _____

Nombre del empleador o de cualquier otro pagador: _____

Monto de la contribución mensual a la cuenta POWER: _____

Empleador u otra información:

Nombre de la compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre de contacto: _____ Teléfono de contacto: _____

Número de identificación (EIN): _____

Monto de la contribución: _____

Frecuencia de pago (una sola vez, mensual o anual): _____

Tipo de pago (cheque, crédito, EFT, etc.): _____

Envíe este formulario a:
CareSource Billing Department
P.O. Box 8738
Dayton, OH 45401-8738

*Asegúrese de incluir el número de RID del afiliado en todos los pagos que envía para asegurarse de que se aplican a la cuenta correcta.