

Solicitud de cobertura



Puede encontrar el resumen de los beneficios y de las primas en línea, en www.nmmip.org. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-844-728-7896, TTY: 1-844-728-7897, o envíe un correo electrónico a info@nmmip.org.

P.O. Box 1090
Great Bend, KS 67530
1-844-728-7896
TTY 1-844-728-7897
www.nmmip.org
info@nmmip.org

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Escriba con tinta en todas las secciones

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número del Seguro Social
Domicilio (indique una dirección física)				Ciudad	Estado NM
Dirección postal				Código postal	
Dirección de facturación (si fuera distinta de la dirección postal)				Condado	
Dirección de correo electrónico				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono particular
				Teléfono del trabajo	
Soy residente del estado de Nuevo México.				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Actualmente consume o alguna vez consumió tabaco en cualquiera de sus formas?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

2. FECHA DE INICIO Y OPCIONES DE DEDUCIBLES DE LA COBERTURA SOLICITADA

2.a ¿En qué mes solicitará que comience su cobertura de seguro del New Mexico Medical Insurance Pool (Fondo Común de Seguros Médicos de Nuevo México, "el Fondo Común")?

La cobertura entrará en vigor el primer día del mes posterior a la recepción de la solicitud. Se le notificará la fecha de inicio de su cobertura.

2.b Seleccione un monto de deducible:	<input type="checkbox"/> \$500	<input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000
---------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

3. AFECCIONES MÉDICAS (OPCIONAL)

Enumere todas sus afecciones médicas previas:	Fecha de diagnóstico:

4. DOCUMENTOS PROBATORIOS DE ELEGIBILIDAD: Consulte la última página para saber cuál es la documentación aceptable.

Para ayudarnos a determinar si cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en las pautas del Fondo Común o en las pautas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), responda todas las preguntas en los puntos 5.1 y 5.2.

5.1 Elegibilidad general

Sí No

- Solicité un seguro médico integral y recibí un aviso de rechazo de una compañía de seguros.
- La prima para la cobertura de seguro médico integral **individual** vigente o solicitada supera la “tasa habilitante” (*publicada en www.nmmip.org*) del plan de deducibles del Fondo Común que más se asemeja a mi deducible actual para mi edad, consumo de tabaco y área geográfica.

5.2 Elegibilidad en virtud de los criterios de portabilidad (HIPAA)

Para ser elegible en virtud de los criterios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), usted debe responder “sí” a las primeras tres (3) preguntas y proporcionar un certificado de cobertura acreditable u otra documentación.

Sí No

- He contado con una cobertura continua durante un período mínimo de 18 meses sin ninguna interrupción de más de 95 días.
- Esta cobertura fue grupal en los últimos meses de ese período y fue proporcionada por el plan de cobertura médica grupal de un empleador o sindicato (puede o no incluir la cobertura en virtud de la Ley COBRA).
- Estoy presentando la solicitud para el Fondo Común dentro de los 95 días previos a la fecha de finalización de mi cobertura anterior.
FECHAS DE LA COBERTURA ANTERIOR: _____.

5.3 Exclusiones generales (marque sí o no para cada pregunta)

Sí No

- Tengo más de 65 años y cumplo con los requisitos de elegibilidad de Medicare.
- Cumplo con los requisitos de elegibilidad de Medicaid.
- Cumplo con los requisitos de elegibilidad de la cobertura ofrecida por una compañía de seguros o por el mercado de Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (New Mexico Health Insurance Exchange, NMHIX).
- Cuento con un plan médico grupal laboral o con Tricare, ya sea como beneficiario principal o como familiar, o cumplo con los requisitos de elegibilidad para cualquiera de estos planes.
- En este momento cuento con cobertura médica integral individual. (*Si tiene una cobertura limitada, aún podría cumplir con los requisitos necesarios*).
- Rechacé voluntariamente la cobertura del Fondo Común en los últimos 12 meses. La fecha de finalización de mi cobertura con el Fondo Común fue el _____.
- Mi cobertura de seguro médico más reciente finalizó a causa de la falta de pago de las primas o por fraude.

Si responde “sí”, es posible que no cumpla con los requisitos de elegibilidad para recibir la cobertura. Consulte la lista de verificación en la última página de esta solicitud para ver qué documentación debe incluir junto con esta.

5. AFIRMACIÓN, COMPRENSIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Comprendo que estoy solicitando una póliza individual de seguro médico, quirúrgico, hospitalario y para medicamentos recetados ante el New Mexico Medical Insurance Pool (el Fondo Común). Además, comprendo que mi cobertura entrará en vigor el primer día del mes posterior a la recepción de esta solicitud por parte del Fondo Común, a menos que cumpla con los requisitos de elegibilidad para recibir la cobertura o continuar con la cobertura en virtud de la Ley HIPAA. Si cumplo con los requisitos de elegibilidad para recibir la cobertura o continuar con la cobertura en virtud de la Ley HIPAA, comprendo que la cobertura del Fondo Común entrará en vigor en la fecha de finalización de mi cobertura anterior. Deberé pagar las primas a partir de la fecha de entrada en vigor.

Afirmo que las respuestas proporcionadas anteriormente en esta solicitud son correctas y están completas. Comprendo que ninguna cobertura entrará en vigor hasta que se haya aceptado y aprobado esta solicitud, y hasta que se haya pagado la prima inicial en su totalidad.

_____ **Solicitante: Escriba sus iniciales aquí para indicar que ha leído y comprendido el párrafo anterior.**
(Si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incapaz, las iniciales las debe escribir su padre/madre/tutor legal/representante personal).

5. AFIRMACIÓN, COMPRENSIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN (continuación)

AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD

Con mi firma en esta solicitud, autorizo a todos los médicos, proveedores de atención médica, hospitales, compañías de seguros o reaseguros, u otros mercados de intercambio de información de seguros a divulgar al New Mexico Medical Insurance Pool (el Fondo Común), o a sus representantes, mi información médica (incluso información sobre consumo de alcohol, dependencia química, tratamientos psiquiátricos, pruebas genéticas o tratamiento contra el VIH). Reconocemos y comprendemos que esta información se utilizará exclusivamente para lo siguiente: 1) preautorizar o procesar reclamos de beneficios; 2) realizar la gestión de casos (incluida la revisión concurrente) o las revisiones de control de calidad; o 3) llevar a cabo una auditoría. El Fondo Común no divulgará la información que obtenga del expediente médico a ninguna persona, salvo en la medida de lo permitido por las leyes estatales y federales. La información del expediente médico puede consistir en expedientes de reclamos, correspondencia, registros médicos, estados de cuenta, informes de diagnóstico por imágenes, informes de laboratorio, expedientes odontológicos o expedientes hospitalarios (incluidos los expedientes de enfermería y las notas de evolución), entre otros documentos.

Si decido no firmar esta autorización, el Fondo Común puede negarse a inscribirme en un plan médico suyo o a pagar reclamos futuros en los que mi persona podría incurrir si obtuviera la cobertura del Fondo Común.

Esta autorización entrará en vigor en la fecha en que firme a continuación y permanecerá vigente por la duración de la cobertura del Fondo Común o por la duración de cualquier reclamo, el período que fuera más extenso. A los efectos de obtener información médica por parte de un proveedor, una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original.

Las leyes federales requieren que el Fondo Común me informe cuando sea posible que algunas leyes estatales y federales no protejan mi información personal si la parte a quien el Fondo Común le revela esta información la comparte, a su vez, con terceros. Las leyes federales prohíben volver a divulgar esta información sin la correspondiente autorización expresa por escrito.

Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida o de un beneficio, o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y es pasible de sanciones civiles y penales.

Firma del solicitante (o padre/madre/tutor legal/representante personal si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incapaz):	Fecha
Si firma un representante personal del solicitante, debe indicar lo siguiente:	
Nombre del representante personal (en letra de imprenta)	Relación con el solicitante (<i>adjunte un documento legal si no es padre o madre</i>)

6. ASISTENCIA DEL AGENTE, AGENCIA ESTATAL O FUNDACIÓN ESTATAL

Los agentes de seguros de su comunidad pueden ayudarlo a completar esta solicitud sin ningún costo.

Certifico, mediante mi firma a continuación, que le he explicado las disposiciones de elegibilidad al solicitante y que me he cerciorado de que la solicitud estuviera completa y fuera precisa. No he hecho declaraciones de beneficios, condiciones, limitaciones o exclusiones contractuales que no estuvieran basadas en el material escrito que me suministró el Fondo Común. Le he informado al solicitante que no se garantiza la fecha de entrada en vigor de la cobertura y que, en caso de que se apruebe, el New Mexico Medical Insurance Pool es quien la determina.

La firma del agente/corredor certifica que dicho agente/corredor ha brindado asistencia considerable para completar esta solicitud y que ha llevado a cabo una revisión final antes de la presentación para asegurarse de que la solicitud estuviera completa y fuera precisa. Si la solicitud no estuviera completa ni fuera precisa, el Fondo Común podría tomar la decisión de no pagar los honorarios del agente.

Nombre del agente		Código de identificación fiscal	
Nombre de la agencia		Número de licencia de Nuevo México	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Teléfono	Fax
Firma del agente		Fecha	

Si se inscribe a través de una agencia o fundación estatal, indique lo siguiente:

Nombre de la agencia/fundación estatal		Persona de contacto	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Teléfono	Fax

Enviar a:

New Mexico Medical Insurance Pool (NMMIP)
P.O. Box 1090
Great Bend, KS 67530

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA SOLICITUD

COMPLETE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN ANTES DE ENVIAR LA SOLICITUD POR CORREO.

- _____ He completado todas las líneas de la Sección 1.
- _____ En la Sección 2, he elegido un monto de deducible y he indicado un mes de preferencia para que comience mi cobertura.
- _____ He completado toda la Sección 3 con la información de todas las personas que viven en mi domicilio permanente.

Sección 5: Documentos probatorios de elegibilidad

Sección 5.1 He incluido al menos **uno** de los siguientes documentos:

_____ Aviso de rechazo de una compañía de seguros o del mercado de Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (NMHIX) para una cobertura de seguro comparable con la que ofrece el Fondo Común.

O

_____ Cotización para una cobertura comparable ofrecida por una compañía de seguros o por el mercado de Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (NMHIX) que supera la "tasa habilitante" del Fondo Común.

Sección 5.2 Documentos probatorios de elegibilidad en virtud de la Ley HIPAA

Nota: Si cumple con los criterios de la Ley HIPAA, asegúrese de incluir un documento probatorio de los 18 meses de cobertura.

_____ Certificado de cobertura acreditable u otra documentación de su compañía de seguros anterior: individual, grupal, COBRA, Medicaid, SCI, etc.

¿Está listo para presentar su solicitud?

Nota: Solo se aceptarán documentos originales para aprobar la solicitud de cobertura, no se aceptarán copias ni faxes.

Solo se pueden presentar solicitudes por fax para garantizar una fecha de entrada en vigor.

Para que se apruebe la solicitud se deben presentar la solicitud original, los documentos probatorios y realizar el pago.

Fax: 620-793-1199

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Firmó la solicitud? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha completado la lista de verificación para la solicitud (arriba)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha adjuntado toda la documentación requerida? (Consulte la lista de verificación para la solicitud). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha incluido un cheque para la prima del primer mes pagadero al NMMIP? <i>(Las primas están publicadas en www.nmmip.org).</i> |