

Solicitud de cobertura



Puede encontrar el resumen de los beneficios y las tarifas 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 envíenos un mensaje por 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

NOTA: Todas las personas que soliciten la póliza de New Mexico Medical Insurance Pool (Fondo Común de Seguros Médicos de Nuevo México), aun si pertenecen a la misma familia, deben completar una solicitud por separado.

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	Código postal
Dirección postal			NM		Condado
Dirección de facturación (si fuera distinta de la dirección postal)				Estado	Condado
Dirección de correo electrónico (opcional)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Es 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 en los últimos 12 meses?				<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

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

2.a La cobertura entrará en vigencia el primer día del mes posterior a la recepción de la solicitud. ¿En qué mes pide que comience su cobertura de seguro del New Mexico Medical Insurance Pool (Fondo Común de Seguros Médicos de Nuevo México) (el Fondo Común)?

2.b Seleccione una cantidad 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 de los puntos 4.1 y 4.2:

4.1 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 “tarifa habilitante” (Qualifying Rate) (*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.

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

Para ser elegible según los criterios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA), debe responder sí a las primeras tres (3) preguntas y proporcionar otra documentación:

Sí No

- He tenido 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 parte de cobertura de la Ley federal general consolidada de reconciliación presupuestaria, COBRA), y
- 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: _____.

4.3 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 Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (New Mexico Health Insurance Exchange, NMHIX).
- Tengo 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.
- Actualmente tengo una cobertura de seguro médico integral individual. (*Si tiene una cobertura limitada, aún así 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.

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

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).

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

A. Una autorización válida para divulgar información personal no pública de conformidad con 13.1.3.14 NMAC deberá ser por escrito o en forma electrónica, adicional a la utilizada para cualquier otro propósito y deberá contener todo lo siguiente:

- (1) La identidad del consumidor o cliente que es el sujeto de la información personal no pública;
- (2) Una descripción específica de los tipos de información personal no pública que se divulgará;
- (3) Descripciones específicas de las partes a las que el titular de la licencia divulga la información personal no pública, el propósito de la divulgación y cómo se utilizará la información;
- (4) La firma del consumidor o cliente que es el sujeto de la información personal no pública o de la persona legalmente facultada para otorgar autoridad y la fecha en que se firmó; y
- (5) Aviso sobre el período de tiempo durante el cual la autorización es válida y que el consumidor o cliente puede revocar la autorización en cualquier y el procedimiento para hacer una revocación.

B. Una autorización para los fines de esta regla deberá especificar un período durante el cual la autorización seguirá siendo válida, que en ningún caso será por más de veinticuatro (24) meses.

C. Un consumidor o cliente que sea el sujeto de la información personal no pública puede revocar una autorización provista de conformidad con esta regla en cualquier momento, sujeto a los derechos de una persona que actuó de acuerdo con la autorización previa a la notificación de la revocación.

D. El licenciatario deberá conservar la autorización o una copia de esta en el expediente de la persona que es el sujeto de la información personal no pública.

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 podrá estar sujeta a multas civiles y sanciones 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 molde)	Relación con el solicitante (<i>adjunte un documento legal si no es padre/madre</i>)

6. ASISTENCIA DEL AGENTE, AGENCIA ESTATAL O FUNDACIÓN

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 asegurado 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 el que la determina.

La firma del agente/corredor certifica que tal agente/corredor ha dado asistencia considerable para completar esta solicitud y que ha hecho 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 por medio de una agencia estatal o una fundación, indique lo siguiente:

Nombre de la agencia estatal/fundación		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 POSTAL.

_____ He completado todas las líneas de la Sección 1.

_____ En la Sección 2, he elegido una cantidad de deducible y he indicado un mes de preferencia para que comience mi cobertura.

Sección 5: Documentos probatorios de elegibilidad

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

_____ Aviso de rechazo de una compañía de seguros o del 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 Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (NMHIX) que supera la "tarifa habilitante" del Fondo Común.

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

Nota: Si cumple con los requisitos necesarios de HIPAA, asegúrese de que haya una prueba de 18 meses de cobertura.

_____ Documentación de cobertura de sus compañías de seguros anteriores: 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.

Se pueden presentar solicitudes por fax solo para garantizar una fecha de entrada en vigor.

La solicitud original, los documentos de respaldo y el pago deben enviarse antes de que la solicitud sea procesada y aprobada.

Fax: 620-793-1199

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está firmada 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?
(Las tarifas de primas están publicadas en www.nmmip.org). |