

# Lista de verificación de la aplicación



**A continuación se muestra una lista de verificación de los elementos que deben completarse para solicitar la cobertura de NMMIP. Siga los pasos a continuación y complete la solicitud incluida en este paquete. Si tiene preguntas o necesita ayuda, comuníquese al 1-844-728-7896 o envíenos un correo electrónico a [info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org).**

P.O. Box 1090  
Great Bend, KS 67530  
1-844-728-7896  
TTY 1-844-728-7897  
[www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)  
[info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org)

## **ANTES DE ENVIAR SU SOLICITUD, COMPLETE Y FIRME ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN E INCLUYA CON SU SOLICITUD.**

\_\_\_\_\_ He completado todas las líneas de la Sección 1.

\_\_\_\_\_ Elegí una cantidad deducible y di un mes preferido para que mi seguro comience en la Sección 2.

### **Sección 3—Documentación de prueba de elegibilidad**

Sección 3.1 He incluido al menos uno de los siguientes:

\_\_\_\_\_ Notificación de rechazo de una compañía de seguros o del New Mexico Health Insurance Exchange (NMHIX) para una cobertura de seguro comparable a la que ofrece el Pool

**O**

\_\_\_\_\_ Cotización de un seguro comparable de una compañía de seguros o del New Mexico Health Insurance Exchange (NMHIX) que exceda la "tasa de calificación" del fondo común

### **Sección 3.2 Documentación de prueba de elegibilidad de HIPAA**

**Nota: si califica HIPAA, asegúrese de que haya prueba de 18 meses de cobertura**

\_\_\_\_\_ Documentación de cobertura de su(s) compañía(s) de seguro anterior: individual, grupal, COBRA, Medicaid, SCI, etc..

### **Sección 6 y 7 Condiciones médicas y medicamentos**

\_\_\_\_\_ He enumerado todas las condiciones médicas y medicamentos

### **Sección 8 Información adicional**

\_\_\_\_\_ He añadido cualquier información adicional

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

¿Está listo para enviar su solicitud?

**Nota: Las solicitudes se pueden aceptar electrónicamente (por correo electrónico), o por fax o correo postal.**

**La solicitud, los documentos de respaldo y el pago deben enviarse antes de que se apruebe la solicitud.**

**Correo electrónico: [govmembersupport@benefitmanagementllc.com](mailto:govmembersupport@benefitmanagementllc.com)**

**Fax: 620-793-1199**

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está firmada la solicitud?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha completado y firmado la lista de verificación de la solicitud (arriba)?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha adjuntado toda la documentación requerida? (vea la lista de verificación de la aplicación)  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha incluido un cheque por la prima del primer mes a nombre de NMMIP?<br><i>(Las tarifas premium se publican en <a href="http://www.nmmip.org">www.nmmip.org</a>)</i> |

# Solicitud de Cobertura



**El resumen de beneficios y las tarifas de las primas están disponibles en línea en [www.nmmip.org](http://www.nmmip.org). Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese al 1-844-728-7896 TTY – 1-844-728-7897 o envíenos un correo electrónico a [info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org)**

P.O. Box 1090  
Great Bend, KS 67530  
1-844-728-7896  
TTY 1-844-728-7897  
[www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)  
[info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org)

**NOTA: Cada persona que solicite la póliza del Fondo de Seguro Médico de Nuevo México, incluso si es de la misma familia, debe completar una solicitud por separado.**

## 1. INFORMACIÓN DEL APLICANTE

Complete todas las secciones en tinta

|   |                  |                     |                                     |                                  |                         |
|---|------------------|---------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Apellido  | Primer nombre    | M                   | Envejecer                           | Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) | Número de Seguro Social |
| Dirección (indique una dirección física)                          |                  |                     | Ciudad                              | Estado                           | Código postal           |
| Dirección postal  |                  |                     |                                     | NM                               | Condado                 |
| Dirección de facturación (si es diferente de la dirección postal) |                  |                     |                                     | Estado                           | Condado                 |
| Sexo<br><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F     | Teléfono de casa | Teléfono de trabajo |                                     | Teléfono celular                 |                         |
| Dirección de correo electrónico:                                  |                  |                     | Idioma preferido:                   |                                  |                         |
|   |                  |                     | Personas con discapacidad auditiva: |                                  |                         |

| Contacto de emergencia y/o poder notarial (POA) |            |                     |
|---|------------|---------------------|
| Nombre:   | Dirección: | Número de teléfono: |

|  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Soy residente del Estado de Nuevo México   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usa actualmente o alguna vez ha usado tabaco de alguna forma en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> NO |

## 2. FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA SOLICITADA Y OPCIONES DE DEDUCIBLE

2.a La cobertura entra en vigencia el 1.º del mes siguiente a la recepción de una solicitud. ¿En qué mes está solicitando que comience su cobertura de seguro médico de New Mexico Medical Insurance Pool (Pool)?

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

## 3. PRUEBA DE ELEGIBILIDAD: consulte la última página para ver la documentación aceptable.

Para ayudarnos a determinar si cumple con los criterios de elegibilidad para las pautas del Pool o las pautas establecidas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), responda todas las preguntas en 4.1 y 4.2:

### 3.1 Elegibilidad general

Si No

- Solicité un seguro médico integral y recibí un aviso de rechazo de una compañía de seguros
- La tarifa de mi prima para la cobertura de seguro de salud integral individual vigente o solicitada excede la "tasa de calificación" (publicada en [www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)) del plan de deducible del Pool más cercano a mi deducible actual para mi edad, estado del tabaco y área geográfica.

### 3.2 Elegibilidad bajo Criterios de Portabilidad (HIPAA)

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

Si No

- He tenido un mínimo de 18 meses de cobertura continua sin una interrupción de más de 95 días, el último de los cuales era cobertura grupal a través de un plan de salud grupal de un empleador o sindicato (puede o no incluir COBRA), y
- Solicito el Pool dentro de los 95 días posteriores a la finalización de mi cobertura anterior.

FECHAS DE COBERTURA ANTERIOR: \_\_\_\_\_.

### 3.3 Exclusiones generales (marque sí o no para cada pregunta)

Si No

- Tengo 65 años o más y soy elegible para Medicare..
- Soy elegible para Medicaid.
- Soy elegible para la cobertura ofrecida por una compañía de seguros o el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (NMHIX).
- Tengo o soy elegible para un plan de salud grupal relacionado con el empleo o Tricare, ya sea como yo o como miembro de la familia.
- Actualmente tengo cobertura de salud integral individual. (Si tiene cobertura limitada, aún puede calificar).
- Dejé voluntariamente la cobertura del Pool en los últimos 12 meses. Mi última fecha de cobertura con el Pool fue \_\_\_\_\_.
- Mi cobertura de seguro de salud más reciente fue cancelada debido a la falta de pago de las primas o fraude.

*Si responde "sí", es posible que no sea elegible para la cobertura.*

*Consulte la lista de verificación de la solicitud en la última página de esta solicitud para ver la documentación que debe incluirse con esta solicitud*

## 4. AFIRMACIÓN, ENTENDIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Entiendo que estoy solicitando al Fondo de Seguros Médicos de Nuevo México una póliza individual de seguro médico, quirúrgico, recetado y hospitalario. También entiendo que mi cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud por parte del Pool, a menos que sea elegible para la cobertura o continuación de HIPAA. Si soy elegible para la cobertura o continuación de HIPAA, entiendo que mi cobertura entrará en vigencia en la fecha en que finalizó mi cobertura de grupo anterior. Seré responsable de pagar las primas desde mi fecha de vigencia en adelante.

Afirmo que las respuestas anteriores en esta solicitud son completas y correctas. Entiendo que no habrá cobertura vigente hasta que esta solicitud haya sido aceptada y aprobada, y se haya pagado la prima inicial completa.

\_\_\_\_\_ **Solicitante: Coloque sus iniciales aquí indicando que ha leído y entendido el párrafo anterior.**

(Un padre/tutor legal/representante personal debe colocar sus iniciales si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incompetente).

### AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA USO Y DIVULGACIÓN DE SALUD PROTEGIDA INFORMACIÓN

**A.** Una autorización válida para divulgar información personal no pública de conformidad con 13.1.3.14 NMAC deberá ser por escrito o forma electrónica separada de 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 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 la persona legalmente facultada para otorgar facultades y la fecha de la firma; y
- (5) Aviso del tiempo de validez de la autorización y que el consumidor o cliente podrá revocar la autorización en cualquier momento y el procedimiento para efectuar la revocación.

**B.** A los fines de esta regla, una autorización especificará un período de tiempo durante el cual la autorización permanecerá vigencia, que en ningún caso será por más de veinticuatro (24) meses.

**C.** Un consumidor o cliente que es objeto de información personal no pública puede revocar una autorización provisto de conformidad con esta regla en cualquier momento, sujeto a los derechos de un individuo que actuó confiando en el autorización previa a la notificación de la revocación.

**D.** El titular de la licencia conservará la autorización o una copia de la misma en el registro de la persona que es objeto de información personal no pública..

**Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.**

|   |  |
|---|--|
| Firma del solicitante (o padre/tutor legal/representante personal si el solicitante es menor de 18 años o legalmente incompetente): | Fecha  |
| Si está firmado por un representante personal del solicitante, complete lo siguiente:   |  |
| Nombre del representante personal (letra de imprenta)   | Relación con el solicitante (adjunte el documento legal si no es el padre) |
|   |  |

## 5. ASISTENCIA DE AGENTE, AGENCIA ESTATAL O FUNDACIÓN

**Los agentes de seguros en su comunidad pueden ayudarlo a completar esta solicitud sin costo alguno para usted.**

Certifico con mi firma que sigue que he explicado las disposiciones de elegibilidad al solicitante y aseguro que la solicitud está completa y precisa. No he hecho declaraciones de beneficios, condiciones, limitaciones o exclusiones del acuerdo, excepto a través de material escrito proporcionado por Pool. He informado al solicitante que la fecha de entrada en vigencia de la cobertura no está garantizada y, si se aprueba, la determina el Fondo de Seguros Médicos de Nuevo México.

**La firma del agente/corredor certifica que el agente ha ayudado sustancialmente a completar esta solicitud y ha realizado una revisión final antes de enviarla para garantizar que la solicitud esté completa y precisa. Si la solicitud no está completa y precisa, el Pool puede optar por no pagar la tarifa del agente.**

|                    |          |                                     |               |
|--------------------|----------|-------------------------------------|---------------|
| Nombre del agente  |          | Número de identificación tributaria |               |
| Nombre de agencia  |          | Número de licencia de Nuevo México  |               |
| Dirección          | Ciudad   | Estado                              | Código postal |
| Correo electrónico | Teléfono | Fax                                 |               |
| Firma de la agente | Fecha    |                                     |               |

**Si se inscribe a través de una Agencia Estatal o una Fundación, complete:**

|  |          |                     |               |
|--|----------|---------------------|---------------|
| Agencia estatal/Nombre de la fundación |          | Persona de contacto |               |
| Dirección                              | Ciudad   | Estado              | Código postal |
| Correo electrónico                     | Teléfono | Fax                 |               |

**Si es patrocinado por un tercero, complete:**

|                                 |          |                     |               |
|---------------------------------|----------|---------------------|---------------|
| Nombre del patrocinador externo |          | Persona de contacto |               |
| Dirección                       | Ciudad   | Estado              | Código postal |
| Correo electrónico              | Teléfono | Fax                 |               |

**Envía a:**

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

## 6. INFORMACIÓN MÉDICA

¿Cuenta con un Médico de Atención Primaria y/o Especialista? Si la respuesta es "Sí", complete la sección a continuación.

|                               |         |                     |
|-------------------------------|---------|---------------------|
| Médico de atención primaria ( | Nombre: | Número de teléfono: |
| Especialista                  | Nombre: | Número de teléfono: |

Preocupación de salud primaria:

¿Sufre de alguna de las siguientes condiciones médicas? Puede ser elegible para servicios adicionales completando lo siguiente:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral          | <input type="checkbox"/> Cirrosis Hepática             | <input type="checkbox"/> Fibrosis Quística                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                    | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple           | <input type="checkbox"/> Hepatitis C (Activa)                  |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal         | <input type="checkbox"/> Leucemia                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson               |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad respiratoria     | <input type="checkbox"/> ESRD                          | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular             |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos       | <input type="checkbox"/> Otro (enumere a continuación) |  |

Si la condición médica no se encuentra en la lista anterior, proporcione:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## 7. MEDICAMENTOS

¿Cuántos medicamentos toma?

Enumere los medicamentos actuales:

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

## 8. Información adicional

Método preferido de comunicación;

|                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Texto        | <input type="checkbox"/> Llamada telefónica | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> Videollamada |   |   |

¿Está internado actualmente en un centro hospitalario (en caso afirmativo, indique el hospital):

Hospital:

Motivo de la estancia: