

# Solicitud de cobertura Medicare Carve-Out



Para cumplir con los requisitos necesarios para el plan Medicare Carve-Out (Segmentos separados de Medicare), debe tener menos de 65 años y estar inscrito en las Partes A y B de Medicare debido a una discapacidad y en la Parte D de Medicare para cobertura de medicamentos recetados.

P.O. Box 780548  
San Antonio Tx 78278  
1-866-306-1882  
TT www.nmmip.org

NOTA: Todas las personas que soliciten una 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.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-866-306-1882 o envíe un mensaje por correo electrónico a [nmmip\\_eligibility@90degreebenefits.com](mailto:nmmip_eligibility@90degreebenefits.com).

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Número del Seguro Social ____-____-____
Domicilio (indique una dirección física)		Ciudad		Estado <b>NM</b>	Código postal
Dirección postal		Ciudad			Condado
Dirección de facturación (si fuera distinta de la dirección postal)		Ciudad		Estado	Condado
Dirección de correo electrónico (opcional)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	
Soy residente del estado de Nuevo México.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Comprendo que la prima del primer mes debe incluirse con la solicitud.					

## 2. Condiciones habilitantes

Responda cada pregunta

- |   |  |
|---|--|
| <p><b>Si</b><br/><input type="checkbox"/></p> <p><b>No</b><br/><input type="checkbox"/></p> | <p>Soy menor de 65 años y estoy inscrito en Medicare debido a una discapacidad.</p> <p>Tengo Medicare (se requiere copia de su carta de adjudicación o tarjeta de Medicare con esta solicitud).<br/>Fecha de vigencia de la Parte A: _____<br/>Fecha de vigencia de la Parte B: _____<br/>Fecha de vigencia de la Parte D: _____</p> |
|---|--|

- Tengo otro seguro (que no sea Medicare).  
 Si la respuesta es "sí", ¿con qué compañía de seguros? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo termina la cobertura? \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué está terminando la cobertura? \_\_\_\_\_
- He tenido cobertura del Fondo Común en el pasado. Fechas de cobertura: del \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
 Motivo de la terminación: \_\_\_\_\_

**Afecciones médicas actuales (Opcional):**

1. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_

Certifico que, hasta donde tengo conocimiento, las declaraciones anteriores son verdaderas y exactas. Comprendo que ninguna cobertura será efectiva hasta que se pague la prima inicial completa y esta solicitud haya sido aprobada por el Administrador del Fondo Común. Comprendo que si obtengo o cumpla con los requisitos necesarios para la cobertura de salud, notificaré al Administrador del Fondo Común de la otra cobertura.

\_\_\_\_\_  
 Firma del solicitante Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del padre, la madre o el tutor legal Fecha  
 (Si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incapaz)

\_\_\_\_\_  
 Relación con el solicitante

**Haga el cheque a nombre de:**

New Mexico Medical Insurance Pool (NMMIP)

**Envíe por correo postal la solicitud completa y el cheque por la prima a:**

New Mexico Medical Insurance Pool  
 P.O. Box 780548  
 San Antonio , TX 78278

**Si hace el envío por medio de FedEx, envíe por correo a:**

90 Degree Benefits  
 P.O Box 780548  
 San Antonio Tx 78278

<b>Para uso del corredor/agencia solamente</b>		
Si la solicitud se completa con la ayuda del agente/agencia estatal, complete lo siguiente: (En letra de molde)		
Nombre del agente		
Nombre de la compañía		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
NIF/NSS		
Número de teléfono		
Firma		
Fecha		