

Solicitud de cobertura Exclusión de Medicare



Para ser elegible para el plan Medicare Carve-Out, debe tener menos de 65 años y estar inscrito en las partes A y B de Medicare debido a discapacidad.

PO Box 780548
San Antonio, TX 78278
1-866-306-1882
www.nmmip.org

NOTA: Toda persona que solicite una póliza del NMMIP, incluso si es parte de la misma familia, debe completar una solicitud por separado.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese al 1-866-306-1882 o envíe un correo electrónico a NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Sección 1: Información del solicitante

Apellido		Nombre		Inicial de segundo nombre	
Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		Género <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Número de Seguro Social (si corresponde)	
Dirección de residencia (se requiere dirección física)		Ciudad	Estado Nuevo México	Código postal	Condado
Dirección postal (si es diferente a la de residencia)		Ciudad		Código postal	Condado
Teléfono de casa (incluir código de área)		Teléfono del trabajo (incluir código de área)		Teléfono celular (incluir código de área)	
Dirección de correo electrónico			Método de comunicación preferido <input type="radio"/> Teléfono <input type="radio"/> Texto <input type="radio"/> Correo electrónico		Discapacidad auditiva <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Idioma preferido					
¿Es usted residente del estado de Nuevo México? Si la respuesta es Sí, proporcione prueba de residencia (contrato de arrendamiento, estado de cuenta de hipoteca, factura de servicios públicos, registro de votante, estado de cuenta bancario o de tarjeta de crédito, u otro documento). <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No					

Sección 2: Condiciones de calificación

Por favor responda cada pregunta:		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tengo menos de 65 años y estoy inscrito en Medicare debido a una discapacidad.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tengo Medicare (se requiere una copia de su carta de concesión o tarjeta de Medicare). Fecha de entrada en vigor de la parte A: _____ Fecha de entrada en vigor de la parte B: _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tengo seguro distinto a Medicare. Si es así, ¿con qué empresa de seguros? _____ ¿Cuándo termina la cobertura? _____ ¿Por qué termina la cobertura? _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	He recibido cobertura del NMMIP en el pasado. Fechas de cobertura: De _____ a _____ Motivo de la terminación: _____

Solicitud de cobertura Exclusión de Medicare



Sección 3: Información médica

¿Consume actualmente o ha consumido tabaco en cualquier forma en los últimos 12 meses?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Está usted actualmente internado en un centro hospitalario?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
Nombre del hospital:			
Si tiene un Médico de Atención Primaria (PCP) o Especialista, complete la siguiente información.			
Nombre del PCP		Número de teléfono del PCP (incluya el código de área)	
Nombre del especialista		Número de teléfono del especialista (incluya el código de área)	
Marque si tiene alguna de las siguientes condiciones. Usted podría ser elegible para servicios adicionales.			
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Arteriopatía coronaria	
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Cirrosis del hígado	<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"/> Enfermedad renal crónica terminal (ESRD)	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular	
<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos	Si su condición médica no está en la lista, proporcione:		
¿Cuántos medicamentos toma?			

Sección 4: Agente, Agencia estatal/Fundación, Patrocinador externo

Los agentes de seguros de su comunidad pueden ayudarlo a completar esta solicitud sin costo alguno para usted. Visite www.nmmip.org para obtener una lista de agentes.

Agente, corredor, agencia estatal, fundación o patrocinador externo del solicitante, complete todas las casillas a continuación.

<input type="checkbox"/> Agente/Corredor <input type="checkbox"/> Agencia/Fundación Estatal <input type="checkbox"/> Patrocinador externo	Nombre	<input type="checkbox"/> Número de identificación fiscal <input type="checkbox"/> Número de licencia de NM
Dirección	Ciudad	Estado
		Código postal
Correo electrónico	Teléfono	Fax

Sección 5: Información sobre el pago de primas

Seleccione el método de pago de su prima inicial (debe incluirse para que se considere la cobertura).

Cantidad \$ _____

- Giro postal o cheque
- ACH de una sola vez
- ACH mensual

Para ACH único o mensual, complete y adjunte el Acuerdo para pagos preautorizados (formulario ACH). Si paga la primera prima con cheque o giro postal, debe ENVIAR POR CORREO la solicitud y todos los archivos adjuntos CON el pago.

Certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y precisas según mi leal saber y entender. Entiendo que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que se pague la prima inicial completa y esta solicitud haya sido aprobada por el Administrador del NMMIP. Entiendo que si obtengo o me vuelvo elegible para una cobertura de salud, notificaré al Administrador del NMMIP sobre la otra cobertura.

Firma del solicitante

Fecha

Firma de uno de los padres o tutor legal

Fecha

Relación con el solicitante

Si paga la primera prima con cheque o giro postal, debe ENVIAR POR CORREO la solicitud y todos los archivos adjuntos CON el pago.

Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP)

Correo: PO Box 780548, San Antonio, TX 78278

Correo electrónico: NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Fax: 210-239-8449