

Solicitud de Cobertura



Para solicitar cobertura del Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP), **complete todas las casillas y secciones** de esta Solicitud de Cobertura y la Lista de verificación de la solicitud **con tinta**. Envíe la lista de verificación, la solicitud, los documentos de respaldo y el primer pago de la prima por correo, correo electrónico o fax.

Información detallada sobre los beneficios y las tarifas de las primas está disponible en línea en www.nmmip.org. Para obtener ayuda, contáctenos al 1-866-306-1882 o envíe un correo electrónico a NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Sección 1: Información del solicitante

- Si varios miembros de la familia solicitan cobertura, cada miembro debe completar una Solicitud de cobertura y una Lista de verificación de solicitud por separado.
- Si está solicitando el Programa de Prima para Bajos Ingresos (LIPP), complete la Solicitud de LIPP y envíela junto con esta Solicitud de Cobertura.

Apellido		Nombre		Inicial de segundo nombre	
Edad	Fecha de nacimiento (DD/MM/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					
<input type="radio"/> Contacto de emergencia O <input type="radio"/> Poder notarial (POA) Si es un POA, adjunte documentación .					
Nombre de la persona o agencia		Dirección		Número de teléfono	
¿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: Fecha de inicio de la cobertura y deducible

La cobertura entra en vigencia el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud completa y el primer pago de la prima.			
¿En qué mes le gustaría que comience su cobertura del NMMIP?			
Información detallada sobre los beneficios y las tarifas de las primas está disponible en línea en www.nmmip.org .			
Seleccione un monto deducible para su cobertura:			
<input type="checkbox"/> \$500	<input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000

Sección 3: Prueba de elegibilidad

Para determinar si cumple con los criterios de elegibilidad de las pautas del NMMIP o los establecidos por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA), seleccione SÍ o NO para **cada** pregunta a continuación.

Elegibilidad general		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Me negaron la cobertura del seguro médico.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	No soy elegible para ningún otro tipo de seguro médico o Medicaid.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	La tarifa de la prima para mi cobertura de seguro médico integral <i>individual</i> actual o solicitada excede la tarifa admisible (publicada en www.nmmip.org) del plan deducible del NMMIP más cercano a mi edad, estado de tabaquismo y área geográfica.
Elegibilidad según los criterios de portabilidad (HIPAA)		
Para ser elegible bajo HIPAA, debe responder sí a las siguientes tres preguntas y proporcionar documentación.		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	He tenido un mínimo de 18 meses de cobertura continua sin ninguna brecha de más de 95 días.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Mi última cobertura fue una cobertura grupal a través de un plan de salud grupal de un empleador o sindicato (puede o no incluir COBRA).
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Estoy presentando mi solicitud al NMMIP dentro de los 95 días posteriores a la finalización de mi cobertura anterior. Fechas de cobertura previa:
Exclusiones generales (Si responde "sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, es posible que no sea elegible para la cobertura del NMMIP).		
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tengo 65 años o más y soy elegible para Medicare.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Soy elegible para Medicaid.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Soy elegible para la cobertura ofrecida por una compañía de seguros o por el Intercambio de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX).
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Tengo o soy elegible para un plan de salud grupal relacionado con el empleo o Tricare, ya sea por mí mismo o como miembro de mi familia.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Actualmente cuento con cobertura de salud integral individual. (Si tiene una cobertura limitada, aún podría calificar).
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Abandoné voluntariamente la cobertura del NMMIP en los últimos 12 meses. Mi última fecha de cobertura con el NMMIP fue:
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	Mi cobertura de seguro médico más reciente fue cancelada debido a falta de pago de primas o fraude.

Consulte la Lista de verificación de la solicitud para conocer la documentación requerida.

Sección 4: Información médica

¿Consumo 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 5: 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 6: Información sobre el pago de primas

Seleccione el método de pago de su prima inicial (debe incluirse para considerar 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 JUNTO con el pago.

Sección 7: Autorización de afirmación, comprensión y divulgación

Al poner mis iniciales a continuación, reconozco lo siguiente:

- Estoy solicitando al Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP) una póliza individual que cubra seguro médico, quirúrgico, de medicamentos con receta y hospitalario.
- Mi cobertura comenzará el primer día del mes siguiente a la recepción de mi solicitud por parte del NMMIP, a menos que sea elegible para la cobertura o continuación de HIPAA. Si soy elegible para la cobertura o continuación de HIPAA, mi cobertura comenzará en la fecha en que finalizó mi cobertura grupal anterior.
- Seré responsable de pagar las primas a partir de mi fecha de entrada en vigencia.
- Afirmo que todas las respuestas proporcionadas en esta solicitud son completas y precisas.
- Ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que esta solicitud se acepte y se apruebe, y se haya pagado la prima inicial completa.
- Tengo un plazo de diez días para examinar y optar por devolver el contrato para que me devuelvan la prima. Si recibo servicios dentro de ese período de diez días, debo pagar por dichos servicios.

Escriba sus iniciales aquí para indicar que leyó y comprendió la información mencionada anteriormente.

Uno de los padres, tutor legal o representante personal debe poner sus iniciales si el solicitante es menor de 18 años o legalmente incompetente.

Con mi firma, autorizo la divulgación de mi información médica protegida como se describe a continuación:

- A. La autorización válida para divulgar información personal no pública de conformidad con 13.1.3.14 NMAC deberá realizarse por escrito o en formato electrónico, separado de la utilizada para cualquier otro propósito, y deberá contener todo lo siguiente:
 - 1) La identidad del consumidor o cliente que es objeto de 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 quienes el licenciario divulga información personal no pública, el propósito de la divulgación y cómo se utilizará la información.
 - 4) La firma del consumidor o cliente que sea sujeto de la información personal no pública o del individuo que esté legalmente facultado para otorgar la autoridad y la fecha de la firma; y
 - 5) Aviso sobre el plazo de vigencia de la autorización, y que el consumidor o cliente puede revocar la autorización en cualquier momento y el procedimiento para efectuar la revocación.
- B. Una autorización para los efectos de esta regla deberá especificar un período de tiempo durante el cual la autorización permanecerá válida, el cual en ningún caso será mayor de veinticuatro (24) meses.

Solicitud de Cobertura



- C. Un consumidor o cliente que sea objeto de información personal no pública puede revocar una autorización proporcionada de conformidad con esta norma en cualquier momento, sujeto a los derechos de una persona que actuó en virtud de esta autorización antes de la notificación de la revocación.
- D. El licenciario deberá conservar la autorización o una copia de la misma en el registro del individuo que sea objeto de la información personal no pública.

Además, reconozco que cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que 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.

Mi firma a continuación autoriza la divulgación de mi información médica protegida y el reconocimiento como se describe anteriormente. La solicitud no se puede procesar sin firma.

Firma del solicitante <i>O uno de los padres, tutor legal o representante personal si el solicitante es menor de 18 años o legalmente incompetente.</i>	Fecha
NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA de uno de los padres, tutor legal o representante personal	Relación con el solicitante <i>Adjuntar documento legal si es distinto al del progenitor.</i>

Envíe esta solicitud de cobertura completa y FIRMADA junto con la lista de verificación de la solicitud, TODOS los documentos de respaldo, el primer pago de la prima y (si corresponde) la solicitud LIPP o el acuerdo para pagos preautorizados (formulario ACH) por correo postal, correo electrónico o fax. **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: Elegibilidad_NMMIP@90degreebenefits.com.

Fax: 210-239-8449