

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 ☐ Femenino ☐ Masculino	Número de Seguro Social (si corresponde)	
Dirección de residencia (se requiere dirección física)		Ciudad	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 ☐ Teléfono ☐ Texto ☐ Correo electrónico		Discapacidad auditiva ☐ Sí ☐ No	
Idioma preferido					
☐ Contacto de emergencia O BIEN ☐ 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). ☐ Sí ☐ 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:			
☐ \$500	☐ \$1,000	☐ \$2,000	☐ \$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		
☐ SÍ	☐ NO	Me negaron la cobertura del seguro médico.
☐ SÍ	☐ NO	No soy elegible para ningún otro tipo de seguro médico o Medicaid.
☐ SÍ	☐ 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.		
☐ SÍ	☐ NO	He tenido un mínimo de 18 meses de cobertura continua sin ninguna brecha de más de 95 días.
☐ SÍ	☐ 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).
☐ SÍ	☐ 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).		
☐ SÍ	☐ NO	Tengo 65 años o más y soy elegible para Medicare.
☐ SÍ	☐ NO	Soy elegible para Medicaid.
☐ SÍ	☐ NO	Soy elegible para la cobertura ofrecida por una compañía de seguros o por el Intercambio de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX).
☐ SÍ	☐ 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.
☐ SÍ	☐ NO	Actualmente cuento con cobertura de salud integral individual. (Si tiene una cobertura limitada, aún podría calificar).

Solicitud de Cobertura

☐ SÍ	☐ NO	Abandoné voluntariamente la cobertura del NMMIP en los últimos 12 meses. Mi última fecha de cobertura con el NMMIP fue:
☐ SÍ	☐ 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

¿Consume actualmente o ha consumido tabaco en cualquier forma en los últimos 12 meses?		☐ SÍ ☐ NO
¿Está usted actualmente internado en un centro hospitalario?		☐ SÍ ☐ 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.		
☐ Válvula cardíaca artificial	☐ Cáncer	☐ Arteriopatía coronaria
☐ Parálisis cerebral	☐ Cirrosis del hígado	☐ Fibrosis quística
☐ Diabetes	☐ Esclerosis múltiple	☐ Hepatitis C (activa)
☐ Insuficiencia renal	☐ Leucemia	☐ Enfermedad de Parkinson
☐ Enfermedad respiratoria	☐ Enfermedad renal crónica terminal (ESRD)	☐ Accidente cerebrovascular
☐ Trasplante de órganos	Si su afección 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 corredores.

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

☐ Agente/Corredor ☐ Agencia/Fundación Estatal ☐ Patrocinador externo	Nombre		☐ Número de identificación fiscal ☐ 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 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.

Sección 7: Autorización de afirmación, comprensión y divulgación

Mediante 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.
- Afirmando 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 reembolsen la prima. Si recibo servicios dentro de ese período de diez días, debo pagar por esos servicios.

Escriba sus iniciales aquí para indicar que ha leído y comprendido la información mencionada anteriormente.

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

Mediante 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.

Solicitud de Cobertura

- 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.
- 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>	

ADVERTENCIA: 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 SUJETO A MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.

De conformidad con NMAC 13.1.3.20, un consumidor o cliente puede revocar la autorización de divulgación de información personal no pública en cualquier momento, sujeto a los derechos de una persona que actuó confiando en la autorización antes de la notificación de la revocación.

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)

Solicitud de Cobertura



Correo: PO Box 780548, San Antonio, TX 78278

Correo electrónico: NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Fax: 210-239-8449