

Solicitud de cobertura Coordinación de beneficios con Medicare



Para ser elegible para el plan con Coordinación de Beneficios con Medicare, usted debe tener menos de 65 años y estar inscrito en Medicare Partes A y B debido a una discapacidad.

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

NOTA: Cada persona que solicite una póliza NMMIP, incluso si pertenece a 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 ☐ Femenino ☐ 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) *Se requiere al menos un número de teléfono		Teléfono del trabajo (incluir código de área)		Teléfono celular (incluir código de área)	
Dirección de correo electrónico (recomendado)		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. Si desea revelar su información médica protegida (PHI, por sus siglas en inglés) a una persona o entidad, complete el formulario de Autorización para la Divulgación de PHI.					
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 Si no puede proporcionar comprobante de residencia, complete el formulario de Declaración de Tercera Parte para Comprobante de Residencia.					

Sección 2: Condiciones de calificación

Responda cada pregunta:		
☐ SÍ	☐ NO	Tengo menos de 65 años y estoy inscrito en Medicare debido a una discapacidad.
☐ SÍ	☐ 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: _____
☐ SÍ	☐ NO	Tengo seguro distinto a Medicare. En caso afirmativo, ¿con qué compañía de seguros? _____ ¿Cuándo finaliza la cobertura? _____ ¿Por qué finaliza la cobertura? _____
☐ SÍ	☐ NO	He recibido cobertura del NMMIP en el pasado. Fechas de cobertura: desde _ hasta _____ Motivo de la terminación: _____

Sección 3: 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 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 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 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
--

Solicitud de cobertura Coordinación de beneficios con Medicare



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 padre, madre o tutor legal

Fecha

Relación con el solicitante

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.

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