

Lista de Verificación de Solicitud



Para solicitar cobertura del Fondo de Seguro Médico de Nuevo México (NMMIP), complete y envíe la Solicitud de Cobertura junto con esta lista de verificación, los documentos de respaldo y el primer pago de la prima. Cada miembro de la familia que solicite cobertura debe completar una Solicitud de Cobertura y una Lista de Verificación por separado.

Se le notificará una vez que se haya tomado una decisión sobre su solicitud. Para obtener ayuda, comuníquese al 1-866-306-1882 o escriba a NMMIP_Eligibility@90degreebenefits.com.

Sección 1: Información del Solicitante

- ☐ Si se incluye un Poder Notarial (POA), adjunte la documentación correspondiente.
- ☐ Proporcione prueba de residencia (contrato de arrendamiento, estado de cuenta hipotecario, factura de servicios, registro de votante, estado de cuenta bancario o de tarjeta de crédito, u otro documento).
- ☐ Alternativas: Carta de atestiguamiento de un tercero (plantilla disponible en www.nmmip.org), dirección de apartado postal o entrega general en una oficina postal de EE. UU.
- ☐ Se requiere al menos un número de teléfono o una dirección de correo electrónico para que su solicitud sea procesada. Esto ayudará en la comunicación futura. Si envía una solicitud sin ninguno de estos datos, el procesamiento de su solicitud podría ser denegado.

Sección 2: Fecha de Inicio de Cobertura y Deducible

- ☐ **Seleccione un monto de deducible y el mes en que deseo que comience la cobertura.**

Sección 3: Prueba de Elegibilidad

Proporcione uno de los siguientes documentos como prueba de elegibilidad:

- ☐ Aviso de Rechazo o Declaración del Corredor: si se le negó cobertura o no es elegible para otro seguro médico mayor.
- ☐ Cotización: si recibió una cotización de seguro comparable que excede la tarifa calificada del NMMIP.
- ☐ Si califica bajo HIPAA, proporcione documentación de cobertura previa que demuestre 18 meses de cobertura continua (Individual, Grupo, COBRA, Medicaid, SCI, etc.).

Sección 4: Información Médica

- ☐ Anoté el nombre de mi médico de atención primaria y/o especialista.
- ☐ Marqué o enumeré mis condiciones médicas y número de medicamentos.

Sección 5: Corredor, Agencia Estatal/Fundación, Patrocinador Tercero

- ☐ Si estoy trabajando con alguno de los anteriores, completé esta sección.

Sección 6: Información de Pago de la Prima

- ☐ Entiendo que se requiere el primer pago de la prima o el formulario ACH para ser considerado.
- ☐ Si seleccioné la opción ACH, adjunto el Formulario de Autorización de Pagos Preautorizados.
- ☐ Si seleccioné giro postal o cheque, adjunto el pago.

Sección 7: Afirmación, Entendimiento y Autorización de Divulgación

- ☐ Entiendo que mi solicitud no será procesada si no está completa y firmada.
- ☐ He inicialado y firmado la solicitud.
- ☐ Si corresponde, adjunto la Solicitud del Programa de Prima para Ingresos Bajos (LIPP).

Envíe esta lista de verificación junto con la Solicitud de Cobertura, todos los documentos de respaldo, el primer pago de la prima o el formulario ACH, y la solicitud LIPP (si corresponde) por correo, correo electrónico o fax. Si paga la prima con cheque o giro postal, debe **ENVIAR POR CORREO la solicitud y todos los documentos adjuntos JUNTO 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