

Solicitud de cobertura Medicare Carve-Out



Para cumplir con los requisitos necesarios para el plan Medicare Carve-Out (Segmentos separados de Medicare), debe tener menos de 65 años y estar inscrito en las Partes A y B de Medicare debido a una discapacidad y en la Parte D de Medicare para cobertura de medicamentos recetados.

P.O. Box 1090
Great Bend, KS 67530
1-844-728-7896
TTY 1-844-728-7897
www.nmmip.org

NOTA: Todas las personas que soliciten una póliza de New Mexico Medical Insurance Pool (Fondo Común de Seguros Médicos de Nuevo México), aun si pertenecen a la misma familia, deben completar una solicitud por separado.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-844-728-7896, TTY: 1-844-728-7897 o envíe un mensaje por correo electrónico a info@nmmip.org.

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Número del Seguro Social ____-____-____
Domicilio (indique una dirección física)		Ciudad		Estado NM	Código postal
Dirección postal		Ciudad			Condado
Dirección de facturación (si fuera distinta de la dirección postal)		Ciudad		Estado	Condado
Dirección de correo electrónico (opcional)	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo	
Soy residente del estado de Nuevo México.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Comprendo que la prima del primer mes debe incluirse con la solicitud.					

2. Condiciones habilitantes

Responda cada pregunta

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soy menor de 65 años y estoy inscrito en Medicare debido a una discapacidad. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo Medicare (se requiere copia de su carta de adjudicación o tarjeta de Medicare con esta solicitud). |
| | | Fecha de vigencia de la Parte A: _____ |
| | | Fecha de vigencia de la Parte B: _____ |
| | | Fecha de vigencia de la Parte D: _____ |

- Tengo otro seguro (que no sea Medicare).
Si la respuesta es "sí", ¿con qué compañía de seguros? _____
¿Cuándo termina la cobertura? _____
¿Por qué está terminando la cobertura? _____
- He tenido cobertura del Fondo Común en el pasado. Fechas de cobertura: del _____ al _____
Motivo de la terminación: _____

Afecciones médicas actuales (Opcional):

- 1. _____ 3. _____
- 2. _____ 4. _____

Certifico que, hasta donde tengo conocimiento, las declaraciones anteriores son verdaderas y exactas. Comprendo que ninguna cobertura será efectiva hasta que se pague la prima inicial completa y esta solicitud haya sido aprobada por el Administrador del Fondo Común. Comprendo que si obtengo o cumplo con los requisitos necesarios para la cobertura de salud, notificaré al Administrador del Fondo Común de la otra cobertura.

Firma del solicitante Fecha

Firma del padre, la madre o el tutor legal Fecha
(Si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incapaz)

Relación con el solicitante

Para uso del corredor/agencia solamente		
Si la solicitud se completa con la ayuda del agente/agencia estatal, complete lo siguiente: (En letra de molde)		
Nombre del agente		
Nombre de la compañía		
Dirección postal		
Ciudad	Estado	Código postal
NIF/NSS		
Número de teléfono		
Firma		
Fecha		

Haga el cheque a nombre de:
New Mexico Medical Insurance Pool (NMMIP)

Envíe por correo postal la solicitud completa y el cheque por la prima a:

New Mexico Medical Insurance Pool
P.O. Box 1090
Great Bend, KS 67530

Si hace el envío por medio de FedEx, envíe por correo a:
Benefit Management, LLC
2015 16th Street
Great Bend, KS 67530