

Solicitud de cobertura



Puede encontrar el resumen de beneficios y tarifas premium en línea en www.nmmip.org. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame a info@nmmip.org al 1-844-728-7896, TTY: 1-844-728-7897.

P.O. Box 1090
Gran curva, KS 67530
1-844-728-7896
TTY 1-844-728-7897
www.nmmip.org
info@nmmip.org

NOTA: Todas las personas

que soliciten la póliza de Grupo de Seguro Médico de Nuevo México, **incluso si pertenecen a la misma familia, deben completar una solicitud por separado.**

1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Escribir con tinta en todas las secciones

Apellido	Número	Inicial del segundo nombre	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Número de Seguro Social
Dirección (indique una dirección física)			Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal				Nm	Condado
Dirección de facturación (si es diferente de la dirección postal)				Estado	Condado
Dirección de correo electrónico (opcional)	Sexo	Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	teléfono celular	
	'M' F				
Es residente del estado de Nuevo México.					SI, NO
¿Está utilizando actualmente o alguna vez en cualquiera de sus formas? Sí en los últimos 12 meses?					ha consumido tabaco

2. FECHA DE INICIO Y Opciones de DEDUCIBLE DE LA COBERTURA SOLICITADA

2. una Cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción de la solicitud. ¿En qué mes pide que el nuevo Grupo de Seguros Médicos de México (el Fondo Común) inicie su cobertura de seguro?

2.b Seleccione un importe deducible:	\$500	\$ 1.000	\$ 2.000	\$ 5.000
--------------------------------------	-------	----------	----------	----------

3. CONDICIONES MEDICAS (OPCIONAL)

Haz una lista de todas tus condiciones médicas anteriores:

Fecha del diagnóstico:

4. DOCUMENTOS PROBATORIOS DE ELEGIBILIDAD: Consulte la última página para averiguar qué es aceptable la documentación.

Para ayudarnos a determinar si cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en las directrices del Fondo Común o las directrices de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus) hipóclubres, responda todas las preguntas de los puntos 4.1 y 4.2:

4.1 Elegibilidad general

Sí No

Solicité un seguro médico integral y recibí un aviso de rechazo de una compañía de seguros.

La prima para la cobertura de seguro de salud integral **individual** actual o aplicada excede la "Tasa de Calificación" (*publicada en www.nmmip.org*) del plan deducible del Fondo Común que se asemeje más a mi deducible actual para mi edad, consumo de tabaco y área geográfica.

4.2 Elegibilidad bajo Criterios de Portabilidad (HIPAA)

Para ser elegible bajo los criterios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA, por sus) por sus servicios, debe responder sí a las primeras tres (3) preguntas y proporcionar otradocumentación:

Sí No

He tenido cobertura continua por un período mínimo de 18 meses sin ninguna interrupción de más de 95 días.

Esta cobertura fue grupal en los últimos meses de ese período y fue proporcionada por el plan de cobertura de salud de un empleador o sindicato (puede o no incluir la parte de cobertura de la Ley de Reconciliación Presupuestaria Federal Consolidada, COBRA), y

Estoy presentando la solicitud para el Fondo Común dentro de los 95 días anteriores a la fecha de finalización de mi cobertura anterior.

FECHAS DE COBERTURA PREVIAS: _____

4.3 Exclusiones generales (marque sí o no para cada pregunta)

Sí No

Tengo 65 años y cumpla con los requisitos de elegibilidad de Medicare.

Cumpla con los requisitos de elegibilidad de Medicaid.

Cumpla con los requisitos de elegibilidad de cobertura ofrecidos por una compañía de seguros o por la Bolsa de Seguros Médicos de Nuevo México (NMHIX).

Tengo un trabajo grupal o un plan de salud de Tricare, ya sea como beneficiario principal o como miembro de la familia, o cumpla con los requisitos de elegibilidad para cualquiera de estos planes.

Actualmente tengo cobertura de seguro de salud integral individual. (*Si tiene cobertura limitada, aún podría cumplir con los requisitos necesarios.*)

Rechazó voluntariamente la cobertura del Fondo Común en los últimos 12 meses. La fecha de finalización de mi cobertura con el Fondo Común fue _____

Mi cobertura de seguro de salud más reciente terminó debido al impago de primas o fraude.

Si responde "sí", es posible que no cumpla con los requisitos de elegibilidad para la cobertura.

Consulte la lista de comprobación en la última página de esta aplicación para ver qué documentación incluir junto con esta aplicación.

5. AFIRMACIÓN, COMPRENSIÓN Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Entiendo que estoy solicitando una póliza individual de seguro de salud, cirugía, hospital y medicamentos recetados con el Fondo De Seguros Médicos de Nuevo México (el Fondo Común). Además, entiendo que mi cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a la recepción de esta solicitud por parte del Fondo Común, a menos que cumpla con los requisitos de elegibilidad para recibir cobertura o continuar con la cobertura bajo la Ley HIPAA. Si cumpla con los requisitos de elegibilidad para recibir cobertura o continuar con la cobertura bajo la Ley HIPAA, entiendo que la cobertura del Fondo Común surtirá efecto en la fecha de finalización de mi cobertura anterior. Tendré que pagar las primas a partir de la fecha de entrada en vigor.

5. AFIRMACION, ENTIENDE Y AUTORIZACION DE DIVULGACIONES (Continuation)

Afirmo que las respuestas proporcionadas anteriormente en esta solicitud son correctas y completas. Entiendo que ninguna cobertura entrará en vigor hasta que esta solicitud haya sido aceptada y aprobada, y hasta que la prima inicial haya sido pagada en su totalidad.

_____ **Solicitante: Escriba sus iniciales aquí para indicar que ha leído y comprendido el párrafo anterior.**

(Si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incapaz, las iniciales deben ser escritas por su padre /tutor legal/representante personal.

AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN SANITARIA PROTEGIDA

A. Una autorización válida para divulgar información personal no pública de conformidad con NMAC 13.1.3.14 será por escrito o en forma electrónica, además de la utilizada para cualquier otro propósito y contendrá 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 divulgarán;
- (3) Descripciones específicas de las partes a las que el licenciatario 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 objeto de información personal no pública o de la persona legalmente facultada para otorgar la autoridad y la fecha en que se firmó;
- (5) Notificación del período de tiempo durante el cual la autorización es válida y de que el consumidor o cliente podrá revocar la autorización en cualquiera y el procedimiento para realizar una revocación.

B. Una autorización a efectos de esta norma especificará un período durante el cual la autorización seguirá siendo válida, que en ningún caso será de más de veinticuatro (24) meses.

C. Un consumidor o cliente que sea objeto de información personal no pública podrá revocar una autorización proporcionada de acuerdo con esta regla en cualquier momento, sujeto a los derechos de una persona que actuó de acuerdo con la autorización previa a la notificación de revocación.

D. El licenciatario conservará la autorización o una copia de la misma en el expediente de la persona que sea objeto de la información personal no pública.

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que a sabiendas envíe información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y sanciones civiles Criminal.

Firma del solicitante (o padre/tutor legal/representante personal, si el solicitante es menor de 18 años de edad o es legalmente incapaz):	Fecha
Si firma un representante personal del solicitante, debe indicar lo siguiente:	
Nombre del representante personal (impreso)	Relación con el solicitante (<i>adjunte un documento legal si usted no es un padre</i>)

6. ASISTENCIA AL AGENTE, AGENCIA ESTATAL O FUNDACIÓN

Los agentes de seguros de su comunidad pueden ayudarle a completar esta solicitud sin costo alguno.

Certifico, firmando a continuación, que he explicado las disposiciones de elegibilidad al solicitante y que me he asegurado de que la solicitud fuera completa y precisa. No he hecho declaraciones de beneficios contractuales, condiciones, limitaciones o exclusiones que no se basaran en el material escrito que me proporcionó el Fondo Común. He informado al solicitante que la fecha de vigencia de la cobertura no está garantizada y que, si se aprueba, el Grupo de Seguros Médicos de Nuevo México lo determina.

La firma del agente/corredor certifica que dicho agente/corredor ha proporcionado asistencia significativa para completar esta solicitud y que ha hecho una revisión final antes de la presentación para asegurarse de que la solicitud fue completa y precisa. Si la solicitud no es completa o exacta, el Fondo Común podría decidir no pagar los honorarios del agente.

Nombre del agente		Código de identificación fiscal	
Nombre de la agencia		Número de licencia de Nuevo México	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Teléfono	Fax
Firma del agente		Fecha	

Si se inscribe a través de una agencia o fundación estatal, indique lo siguiente:

Nombre de la agencia estatal/fundación		Persona de contacto	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico		Teléfono	Fax

Enviar a: New Mexico Medical Insurance Pool (NMMIP)
P.O. Box 1090
Gran curva, KS 67530

LISTA DE VERIFICACIÓN DE APLICACIONES

COMPLETE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN ANTES DE ENVIAR POR CORREO LA SOLICITUD.

_____ He completado todas las líneas de la Sección 1.

_____ En la Sección 2, he elegido una cantidad de deducible y he indicado un mes de preferencia para que comience mi cobertura.

Sección 5: Prueba de elegibilidad

Sección 5.1 He incluido al menos **uno** de los siguientes documentos:

_____ Aviso de rechazo de una compañía de seguros o del Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (NMHIX) para una cobertura de seguro comparable con la que ofrece el Fondo Común.

el

_____ Cotización para una cobertura comparable ofrecida por una compañía de seguros o por el Intercambio de Seguros Médicos de Nuevo México (NMHIX) que supera la “tarifa habilitante” del Fondo Común.

Sección 5.2 Evidencia de elegibilidad bajo la Ley HIPAA

Nota: Si cumple con los requisitos de HIPAA requeridos, asegúrese de que haya una prueba de cobertura de 18 meses.

_____ Documentación de cobertura de sus compañías de seguros anteriores: individual, grupal, COBRA, Medicaid, SCI, etc.

¿Listo para aplicar?

Nota: Solo se aceptarán documentos originales para aprobar la solicitud de cobertura; no se aceptarán copias ni faxes.

Las solicitudes por fax solo se pueden enviar para garantizar una fecha válida.

La solicitud original, los

documentos justificativos y el pago deben presentarse antes de que **la solicitud sea procesada y aprobada.**

Fax: 620-793-1199

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está firmada la solicitud? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha completado la lista de verificación para la solicitud (arriba)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha adjuntado toda la documentación requerida? (Consulte la lista de comprobación para solicitarlo) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha incluido un cheque para la prima del primer mes pagadera al NMMIP?
(Las tarifas premium se publican en www.nmmip.org). |