

# Solicitud de cobertura

**El resumen de beneficios y las tarifas de primas se encuentran disponibles en línea, en [www.nmmip.org](http://www.nmmip.org). Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-877-5-REFORM (877-573-3676) o envíenos un correo electrónico a [info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org).**

PO Box 27049  
Albuquerque, NM 87125-7049  
[www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)  
[info@nmmip.org](mailto:info@nmmip.org)

## 1. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Complete todas las secciones con tinta

Apellido	Primer nombre	Ini. 2.º nombre	Edad	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	Número del seguro social ____-____-____
Dirección particular (se requiere dirección física)			Ciudad	Estado <b>NM</b>	Código postal
Dirección postal				Condado	
Dirección de facturación (si difiere de la dirección postal)				Teléfono celular	
Dirección de correo electrónico (opcional)		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono particular		Teléfono laboral
Soy residente del estado de New Mexico					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Soy ciudadano o nativo de los Estados Unidos, o me encuentro legalmente en los Estados Unidos					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
<i>Responder esta pregunta nos ayudará a determinar si usted es elegible para el Programa del Fondo Federal de Alto Riesgo o para el Programa Estatal de Alto Riesgo.</i>					

## 2. FECHA DE INICIO DE LA COBERTURA SOLICITADA Y OPCIONES DE DEDUCIBLE

2.a ¿En qué **mes** usted solicita que comience su cobertura de seguro del fondo? \_\_\_\_\_

*Por lo general, para las solicitudes completas recibidas, a más tardar, el día 15 del mes, la fecha de entrada en vigencia será el 1.º del mes siguiente. El Fondo lo notificará acerca de la fecha real de inicio de su cobertura, que puede diferir de la fecha que usted solicita.*

<b>2.b Seleccione una cantidad de deducible:</b>	Fondo de NM o Federal <input type="checkbox"/> \$500	Fondo de NM o Federal <input type="checkbox"/> \$1,000	Fondo de NM o Federal <input type="checkbox"/> \$2,000	Disponible solo para solicitantes del Fondo de NM <input type="checkbox"/> \$5,000	Disponible solo para solicitantes del Fondo de NM <input type="checkbox"/> \$7,500	Disponible solo para solicitantes del Fondo de NM <input type="checkbox"/> \$10,000
--	---	---	---	---	---	--

### - Solo para uso oficial -

Fecha de entrada en vigencia:	¿Se adjunta formulario de pago automático? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Se requiere CoCC? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
YI <u>8769</u>	Estado de exención:	¿Cumple con todos los criterios federales de elegibilidad? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
N.º de verificación	Cant. \$	N.º de grupo
Edad	Prima \$	Edad
% de LIIP	Prima de LIPP \$	% de LIIP
Soy ciudadano o nativo de los EE.UU., o me encuentro legalmente en los EE.UU.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fecha de recepción:		
Notas:		

4/22/11

### 3. INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR

Mencione a todos los familiares que viven en su hogar (utilice una hoja por separado si lo necesita)

Nombre (apellido, primer nombre, iniciales del segundo nombre)	Sexo	Fecha de nacimiento	Relación	Empleador
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		

Consulte las pautas actuales de ingresos acerca de la solicitud por bajos ingresos para determinar si usted reúne los requisitos para una disminución en la prima.

### 4. AFECCIONES MÉDICAS

Si usted no tiene un seguro de salud en la actualidad, pero tiene alguna de las siguientes afecciones, debe adjuntar una nota o carta de su médico que indique su afección.

Tilde todas las opciones que correspondan y pase a la Sección 5:

<input type="checkbox"/> SIDA <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol/drogas <input type="checkbox"/> Esclerosis lateral amiotrófica (ALS, por sus siglas en inglés) (enfermedad de Lou Gehrig) <input type="checkbox"/> Angina de pecho <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis obliterante <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial <input type="checkbox"/> Ascitis <input type="checkbox"/> Miocardiopatía <input type="checkbox"/> Cirrosis hepática <input type="checkbox"/> Insuficiencia coronaria <input type="checkbox"/> Oclusión coronaria <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn <input type="checkbox"/> Fibrosis quística <input type="checkbox"/> Dermatomiositis <input type="checkbox"/> Diabetes (insulinodependiente) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Friedreich <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Hepatitis C (Activa) <input type="checkbox"/> VIH+ <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hodgkin <input type="checkbox"/> Corea de Huntington <input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Claudicación intermitente <input type="checkbox"/> Diabetes juvenil <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal <input type="checkbox"/> Intoxicación por plomo que afecta el cerebro <input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/> Lupus eritematoso diseminado	<input type="checkbox"/> Tumor maligno (si se trató/ocurrió en el término de los 4 años anteriores) <input type="checkbox"/> Cáncer metastásico <input type="checkbox"/> Afasia motora o sensorial <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple o diseminada <input type="checkbox"/> Atrofia o distrofia muscular <input type="checkbox"/> Miastenia grave <input type="checkbox"/> Miotonía <input type="checkbox"/> Cirugía a corazón abierto <input type="checkbox"/> Paraplejía o tetraplejía <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis periférica (si se trató en el término de los 3 años anteriores) <input type="checkbox"/> Poliarteritis (periarteritis nudosa) <input type="checkbox"/> Poliquistosis renal <input type="checkbox"/> Esclerosis posterolateral <input type="checkbox"/> Trastornos psicóticos <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica <input type="checkbox"/> Silicosis <input type="checkbox"/> Anemia esplénica (síndrome de Banti) <input type="checkbox"/> Enfermedad de Still <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular (CVA, por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Siringomielia <input type="checkbox"/> Tabes dorsal (ataxia locomotriz) <input type="checkbox"/> Talasemia (anemia de Cooley o mediterránea) <input type="checkbox"/> Topectomía y lobotomía <input type="checkbox"/> Enfermedad de Wilson
---	---

## 5. PRUEBA DE ELEGIBILIDAD

Para ayudarnos a determinar si usted cumple con los criterios de elegibilidad para el Fondo Estatal o Federal de Alto Riesgo, o con las pautas federales establecidas en la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), responda todas las preguntas que aparecen a continuación:

### 5.1 Elegibilidad general

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Solicitó seguro de salud y recibí un aviso de rechazo.*   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibí un aviso acerca de que el seguro de salud SOLO se encuentra disponible si media una cláusula adicional, una exención o una disposición restrictiva.*   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La tarifa de mi prima para la cobertura del seguro de salud <b>individual</b> que se encuentra vigente o que solicité excede la "tarifa correspondiente" ( <i>publicada en <a href="http://www.nmmip.org">www.nmmip.org</a></i> ) al deducible del plan del Fondo, similar a mi deducible actual según mi edad y sexo. ( <i>Presentar prueba</i> ). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cambio la inscripción en New Mexico Health Insurance Alliance (NMHIA).  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibí un aviso que indica que mi cobertura médica integral previa (o Medicaid) ha finalizado o finalizará. <b>Día de entrada en vigencia de la finalización:</b> _____. ( <b>Adjunte una copia del Aviso</b> ). <b>Motivo de la finalización:</b> _____.   |
|                          | <input type="checkbox"/> | Mi aseguradora interrumpió la emisión de coberturas en New Mexico.  |
|                          | <input type="checkbox"/> | Mi cobertura en el fondo de alto riesgo de otro estado ha finalizado o finalizará debido a que no residí allí.  |
|                          | <input type="checkbox"/> | Cambio el Programa de Seguro para Afecciones Preexistentes (PCIP, por sus siglas en inglés) federal de otro estado.*  |
|                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No He obtenido otra cobertura a partir de la finalización de mi PCIP anterior.   |
|                          | <input type="checkbox"/> | Otro (explique) _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recibí un aviso que indica que he alcanzado el beneficio máximo permitido en virtud de mi plan de cobertura médica actual, o lo alcanzaré. ( <i>Adjunte copia del aviso</i> ).  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuento con Medicare (Partes A y B) debido a una discapacidad, y soy menor de 65 años.<br>Fecha de entrada en vigencia de la Parte A _____ Fecha de entrada en vigencia de la Parte B _____  |

*Nota: Las personas elegibles en virtud de este criterio solo pueden recibir la póliza de Igualdad en el Deducible de Medicare de \$500 del Fondo.*

### 5.2 Elegibilidad en virtud de los criterios de portabilidad (HIPAA): solo Plan estatal

Para ser elegible en virtud de los criterios de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (HIPAA), usted debe responder las primeras tres (3) preguntas en forma afirmativa:

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | He tenido un mínimo de cobertura continua durante 18 meses sin ninguna falta de cobertura de más de 95 días*.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La última cobertura fue una cobertura grupal a través de un plan de salud grupal de un empleador o una organización sindical (puede incluir o no Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria [COBRA, por sus siglas en inglés]). |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Solicito el Plan estatal en el término de los 95 días anteriores a la finalización de mi cobertura previa.<br>FECHAS DE LAS COBERTURAS ANTERIORES: _____  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No había COBRA a través de mi plan anterior.*   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ofreció la cobertura de COBRA, pero mi aseguradora no prestaba servicios en el área en la que residí actualmente.*  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ofreció la cobertura de COBRA, pero no la acepté; por el contrario, deseo inscribirme en la cobertura del Plan estatal.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ofreció la cobertura de COBRA, pero no deseo agotar mis beneficios de COBRA; por el contrario, deseo inscribirme en la cobertura del Plan estatal.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Las tarifas de mi grupo o las tarifas de COBRA son más altas que las "tarifa correspondientes" al Plan estatal ( <i>presente prueba de las tarifas</i> ).   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se me ofreció la opción de cobertura continua en virtud de la continuidad de COBRA, de Cobertura continua temporal (TCC, por sus siglas en inglés) o estatal; elegí y agoté mi cobertura.* <i>Fecha de finalización:</i> _____                |

### 5.3 Exclusiones generales (tilde sí o no para cada pregunta)

- | Sí                       | No                       |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo 65 años o más y soy elegible para Medicare.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soy elegible para Medicaid.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo o soy elegible para un plan de salud grupal relacionado con mi empleo o Tricare, ya sea en forma individual o como miembro de familia.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Actualmente, tengo cobertura de salud integral individual. ( <i>Si tiene cobertura limitada, de todos modos puede reunir los requisitos</i> ).                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Renuncié voluntariamente a la cobertura del Fondo en el término de los últimos 6 meses (12 meses, si solicita el Fondo estatal). Mi último día de cobertura con el Fondo fue _____. |

**Nota:** Si su cobertura de salud más reciente finalizó debido a la falta de pago de las primas o a fraude, usted no es elegible para el Fondo.

\*Consulte la lista de verificación de la solicitud que se encuentra al dorso del cuadernillo de solicitudes a fin de obtener materiales para incluir en esta solicitud.

## 6. CRÉDITO PARA EL PERÍODO DE LIMITACIÓN POR AFECCIONES PREEXISTENTES

Si usted cumple con uno de los siguientes criterios, puede recibir crédito para el período de espera por afecciones preexistentes. *(Tilde todas las opciones que correspondan).*

- 6.1** Tuve cobertura de salud previa antes de solicitar el Fondo y solicito la cobertura del Fondo como máximo 95 días después de la finalización de mi cobertura previa. Mi cobertura estuvo vigente durante, al menos, 6 meses y/o cumplí el período de espera por afecciones preexistentes de mi cobertura previa; puedo ser elegible para recibir crédito para el período de espera de 6 meses por afecciones preexistentes. *(Si su cobertura estuvo vigente durante menos de seis meses, el Fondo establecerá el crédito según la cantidad de meses durante los que estuvo asegurado anteriormente).*
- 6.2** Obtuve mi cobertura previa a través de Medicaid, Health Insurance Alliance (HIA), State Coverage Initiative (SCI) u otro plan que no tenía una exclusión por afecciones preexistentes.
- 6.3** Soy elegible en virtud de la HIPAA (Sección 5.2 de la página 3) y, por ende, no tengo período de espera por afecciones preexistentes.
- 6.4** Soy ciudadano o nativo de los Estados Unidos, o me encuentro legalmente en los EE.UU. y no he tenido cobertura de seguro de salud durante los 6 meses anteriores y tengo una afección preexistente. *(Consulte la lista de verificación que se encuentra al final de esta solicitud para saber qué constituye documentación aceptable que indique que usted es ciudadano o nativo de los Estados Unidos, o que se encuentra legalmente en los EE.UU.).*

***Debe proporcionar documentación de la cobertura de salud anterior que incluya la duración de la cobertura. También debe adjuntar una prueba de finalización de la cobertura, que puede obtener de su compañía de seguros anterior solicitando un certificado de cobertura acreditable.***

### Requisitos de documentación:

La documentación que proporciona prueba de cobertura anterior incluye:

- Una copia del Certificado de cobertura acreditable (que se obtiene de la compañía de seguros anterior).
- Comprobantes de pago que indiquen una deducción salarial para la cobertura del seguro de salud.
- Registros de los proveedores de atención médica que indiquen cobertura del seguro de salud.
- Manifestaciones de terceros que verifiquen los períodos de cobertura.
- Explicaciones de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) que verifiquen el pago a los proveedores de atención médica.
- Correspondencia del plan de salud anterior que verifique la cobertura.
- Cualquier otra documentación relevante que pruebe los períodos de cobertura de salud.

## 7. AFECCIÓN (AFECCIONES) DE LA SALUD PREVIA(S)

Mencione todas las afecciones de la salud previas:	Fecha del diagnóstico:

## 8. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y DE ELEGIBILIDAD

El Fondo requiere que usted complete la siguiente información. El programa no utiliza el estado ganancial, marital o racial/étnico para denegar la elegibilidad, pero puede utilizar datos respecto de otros beneficios de salud de la aseguradora o del empleador para este propósito, según los requisitos legales. El Fondo también utiliza estos datos para evaluar futuras reformas en el mercado de seguros.

Usted (si es un trabajador independiente) o su empleador deben completar el "Formulario de verificación del empleador" adjunto para todos los familiares mayores de 18 años.

**8.1. Soy (tilde uno)**  empleado  trabajador independiente  desempleado  jubilado

Si es empleado o trabajador independiente, ¿cuál es su ocupación? \_\_\_\_\_

Si es empleado, usted trabaja:  a tiempo completo  a tiempo parcial

¿Cuál es el nombre de su empleador? \_\_\_\_\_

¿Su empleador ofrece un seguro de salud a sus empleados?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿está actualmente cubierto por el plan de su empleador o ha estado cubierto alguna vez por este plan?  Sí  No

En caso afirmativo ¿en qué fecha finalizó dicha cobertura y por qué finalizó? Fecha de finalización: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Si su empleador ofrece un seguro de salud a sus empleados y usted no está cubierto en virtud del plan de su empleador, ¿por qué no elige el seguro de este?  Se me pasó el período de inscripción  Es caro  Otro \_\_\_\_\_

**8.2. ¿Se ha inscrito alguna vez en el Fondo?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha comenzó su cobertura? \_\_\_\_\_ ¿En qué fecha finalizó? \_\_\_\_\_

**8.3. Soy (tilde uno)**  Casado  Soltero  Divorciado

Concubino  Hijo  Viudo

**8.4. Si está casado, ¿tiene empleo su cónyuge?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿el empleador de su cónyuge ofrece un seguro de salud a sus empleados?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿está inscrito usted actualmente en el plan del empleador de su cónyuge?  Sí  No

En caso negativo, ¿por qué?  Se me pasó el período de inscripción  Es caro  No se ofrece para dependientes  Otro \_\_\_\_\_

**8.5. Si es menor de 26 años, ¿su padre/madre o tutor tienen empleo?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿el empleador de su padre/madre o tutor ofrece seguro de salud a sus empleados?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿está inscrito usted actualmente en el plan del empleador de su padre/madre o tutor?  Sí  No

En caso negativo, ¿por qué?  Se me pasó el período de inscripción  Es caro  No se ofrece para dependientes  Otro \_\_\_\_\_

**8.6. En los últimos 6 meses, ¿ha estado asegurado por algún otro programa de seguro (incluidos Medicare o Medicaid)?**  Sí  No

*En caso afirmativo, responda lo siguiente:*

¿Quién está mencionado/estuvo mencionado como asegurado principal en virtud de la póliza? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de la compañía de seguros? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el número de la póliza? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el número del grupo? \_\_\_\_\_

¿Por qué finalizó la póliza? \_\_\_\_\_

¿El seguro era grupal o individual?  Grupal  Individual  No sabe

Si era un seguro grupal, ¿cuál es el nombre del empleador que ofreció la póliza? \_\_\_\_\_

**8.7. ¿Cuál es su origen racial/étnico?** Pedimos esta información para ayudarnos a cumplir las leyes federales de Derechos Civiles. El Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964 nos permite preguntar lo siguiente. **Responder esta pregunta es opcional.**

Afroamericano  Hispano/latino  Blanco  
 Asiático o de las Islas del Pacífico  Nativo de América/alaskeño  Otro

## 9. DECLARACIÓN, ENTENDIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN

Comprendo que me dirijo a New Mexico Medical Insurance Pool para solicitar una póliza individual de seguro médico, quirúrgico, para medicamentos recetados y para hospital. También comprendo que mi cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente a la aprobación y aceptación de la solicitud al Fondo, a menos que sea elegible para la cobertura en virtud de la HIPAA o para cobertura continua. Si soy elegible para la cobertura continua o para la cobertura de la HIPAA, comprendo que mi cobertura entrará en vigencia en la fecha en la que finalice mi cobertura grupal previa. Seré responsable del pago de las primas a partir del día de entrada en vigencia.

Declaro que las respuestas anteriores que aparecen en la solicitud son completas y correctas. Comprendo que ninguna cobertura entrará en vigencia hasta que se pague el total de la prima inicial y hasta que el Fondo haya aprobado y aceptado esta solicitud.

No se cubrirán las afecciones preexistentes hasta que la póliza del Fondo haya estado vigente durante seis meses, a menos que el Fondo no aplique el período de limitación por afecciones preexistentes. Una afección preexistente es una afección para la cual se ha brindado tratamiento médico o diagnóstico. Un embarazo existente se considera una afección médica preexistente, excepto según la HIPAA o para determinadas personas que tenían otra cobertura.

\_\_\_\_\_ **Solicitante: coloque sus iniciales aquí para indicar que ha leído y comprendido el párrafo anterior.**

(Iniciales del padre/de la madre o del tutor, si el solicitante es menor de 18 años o incapaz desde el punto de vista legal).

### AUTORIZACIÓN INDIVIDUAL PARA USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Con mi firma en esta solicitud, autorizo a todo médico, proveedor de atención médica, hospital, compañía de seguros o reaseguros, u otra bolsa de información de seguros a divulgar a New Mexico Medical Insurance Pool, o a sus representantes, nuestra información de salud (que incluye dependencia de alcohol, dependencia de sustancias químicas, tratamiento psiquiátrico, pruebas genéticas o tratamiento contra el VIH). Reconozco y comprendo que esta información solo se utilizará para: 1) determinar la elegibilidad para la cobertura; 2) autorizar previamente o procesar reclamaciones de beneficios; 3) realizar administración de casos (incluida la revisión simultánea) o revisiones de aseguramiento de la calidad; o 4) llevar a cabo una auditoría. El Fondo no da a conocer la información sobre registros médicos que obtiene de cualquier otra persona, excepto que la ley estatal y federal lo permita. La información sobre registros médicos puede incluir registros de reclamaciones, correspondencia, registros médicos, facturas, informes sobre diagnósticos por imágenes, informes de laboratorio, registros odontológicos o registros hospitalarios (que incluyen registros de enfermería y notas de progreso de pacientes).

Si elijo no firmar esta autorización, el Fondo puede rehusarse a inscribirme en un plan de salud del Fondo o a pagar futuras reclamaciones en las que yo pueda incurrir si obtengo la cobertura del seguro del Fondo.

Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando un pedido por escrito al Fondo. Mi cancelación de esta autorización no afectará ninguna medida que tome el Fondo antes de recibir mi pedido. Si no anulo esta autorización, esta vencerá automáticamente cuando finalice mi cobertura con el Fondo.

La ley federal exige que el Fondo me informe que es posible que las leyes estatales o federales dejen de proteger dicha información si la parte a quien el Fondo divulga mi información personal la comparte con cualquier otra persona. La ley federal prohíbe que esta información se divulgue nuevamente sin una autorización específica por escrito.

Esta autorización entra en vigencia en la fecha en la que se firma y continúa vigente durante la existencia de la cobertura del Fondo o la duración de cualquier reclamación, el período que resulte más prolongado. A fin de obtener información de salud de un proveedor, una fotocopia de esta autorización tiene la misma validez que el original.

Firma del solicitante (o del padre/la madre/el tutor legal/el representante personal si el solicitante es menor de 18 años o incapaz desde el punto de vista legal):	Fecha
Si un representante personal del solicitante firma la autorización, complete lo siguiente:	
Nombre del representante personal (en letra de imprenta)	Relación con el solicitante ( <i>adjunte el documento legal si no es el padre/la madre del solicitante</i> )

## 10. INFORMACIÓN DEL AGENTE

**Los agentes de seguro de su comunidad pueden ayudarlo a completar esta solicitud sin costo alguno para usted.**

Con mi firma a continuación, certifico que he explicado las disposiciones de elegibilidad al solicitante y garantizo que esta solicitud es auténtica y exacta. No he realizado manifestaciones sobre los beneficios, las condiciones, las limitaciones o las exclusiones del acuerdo, excepto a través del material por escrito entregado al Fondo. He informado al solicitante que no se garantiza la fecha de entrada en vigencia de la cobertura y que, si esta se aprueba, será determinada por New Mexico Medical Insurance Pool.

**La firma del agente certifica que el agente ha ayudado a completar esta solicitud en forma sustancial y ha llevado a cabo una revisión final antes de la presentación, para garantizar que la solicitud esté completa y sea exacta. Si la solicitud no está completa y no es exacta, el Fondo puede elegir no pagar los honorarios del agente.**

Nombre del agente (en letra de imprenta)		Número de identificación impositiva		
Nombre de la agencia		Número de licencia en New Mexico		
Dirección	Ciudad	Estado	Cód. postal	
Correo electrónico		Teléfono		Fax
Firma del agente		Fecha		

### Lista de verificación para la presentación

- | <u>Sí</u>                | <u>No</u>                |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Está listo para enviar su solicitud?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Se firmó la solicitud?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha completado la lista de verificación de la solicitud que aparece al dorso del paquete de esta solicitud?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha adjuntado toda la documentación requerida? (consulte la lista de verificación de la solicitud)   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Ha incluido un cheque para la prima del primer mes pagadera a Blue Cross Blue Shield of New Mexico (BCBSNM)?<br>(Las cantidades de la prima se publican en <a href="http://www.nmmip.org">www.nmmip.org</a> ) |

**Enviar a :** New Mexico Medical Insurance Pool  
P.O. Box 27049  
Albuquerque, NM 87125-7049

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

### ANTES DE ENVIAR POR CORREO SU SOLICITUD, COMPLETE ESTA LISTA DE VERIFICACIÓN.

- He completado toda la información en la Sección 1.
- He elegido una cantidad de deducible y he indicado un mes preferido para que comience mi seguro en la Sección 2.
- He completado en forma íntegra la Sección 3 y brindé información acerca de todas las personas que viven en mi residencia permanente.
- He incluido el (los) formulario(s) completo(s) de verificación del empleador (o de trabajador independiente) que corresponden a mi persona, a mi cónyuge y a todos los familiares que tienen empleo mayores de 18 años, que residen en esta dirección.

#### Sección 5: Elegibilidad

He incluido uno de los siguientes:

- Carta/nota de mi médico que indica que se me ha diagnosticado una de las afecciones médicas que reúnen los requisitos y que se mencionan en la Sección 4, que contiene la fecha del diagnóstico (si reúne los requisitos en virtud de la Sección 4).
- Carta de una aseguradora que indica que se me brindará cobertura de seguro, comparable con la cobertura del Fondo, solo con una exención/cláusula adicional de una afección específica (si reúne los requisitos en virtud de la Sección 5.1).
- Rechazo de una aseguradora de ofrecer una cobertura de seguro comparable con la que ofrece el Fondo (si reúne los requisitos en virtud de la Sección 5.1).
- Cotización de un seguro comparable por parte de otra aseguradora que sea superior en un 125% a la tasa de riesgo estándar del estado de New Mexico (si reúne los requisitos en virtud de la Sección 5.1).
- Aviso que indique que mi principal cobertura médica integral (o Medicaid) ha finalizado o finalizará y que proporciona la fecha de finalización (si reúne los requisitos en virtud de la Sección 5.1).
- Aviso que indique que he alcanzado o que pronto alcanzaré el beneficio máximo permitido en virtud de mi plan de cobertura médica actual, lo que incluye la fecha estimada en la que finalizará la cobertura (si reúne los requisitos conforme a la Sección 5.1).
- (Si es menor de 65 años) Copia de la tarjeta de Medicare que indica que las Partes A y B entraron en vigencia (si reúne los requisitos en virtud de la Sección 5.1).
- Manifestación o Certificado de cobertura acreditable (CoCC, por sus siglas en inglés) de un Plan de Seguro de Afecciones Preexistentes (PCIP, por sus siglas en inglés) de otro estado que indique que usted estuvo cubierto en virtud de dicho programa hasta que se mudó a New Mexico en forma permanente. Nota: Al cambiar de PCIP de otro estado, el documento anterior sirve como prueba de ciudadanía/residencia legal y prueba de una afección preexistente.

#### Prueba de ciudadanía/residencia

- Prueba de residencia en New Mexico**
  - La declaración de impuestos en el estado de New Mexico indica "residente"
  - Contrato de arrendamiento a mi nombre
  - Licencia de conducir válida en New Mexico
  - Factura de servicios públicos a mi nombre en mi dirección
- Prueba de ciudadanía o de naturalización (si se solicita el Fondo Federal de Alto Riesgo)**
  - Certificado de nacimiento
  - Pasaporte
  - Documentos de naturalización/ciudadanía
  - Documento que confirme el estado como nacional no ciudadano
- Prueba de residencia legal en los EE.UU. (si solicita el Fondo Federal de Alto Riesgo)**
  - I-327 (Permiso de reingreso)
  - I-551 (Tarjeta de residencia permanente)
  - I-94 con pasaporte extranjero no vencido
  - I-571 (Documento de viaje de refugiados)
  - I-766 (Doc. aut. emp.)
  - Otro documento con I-94 o número de registro de inmigrante
  - Visa de inmigrante de lectura mecánica (con el texto del I-155 temporal) junto con el pasaporte extranjero no vencido
  - Sello I-551 temporal en el I-94 o pasaporte extranjero no vencido
  - Pasaporte extranjero no vencido para viajeros del Programa de Exención de Visados
  - I-20 (Certificado de elegibilidad de clasificación como estudiante no inmigrante [F-1]) con I-94 y pasaporte extranjero no vencido
  - DS2019 (Certificado de elegibilidad de clasificación como visitante de intercambio [F-1]) con I-94 y pasaporte extranjero no vencido

#### Prueba de cobertura previa

(Nota: si reúne los requisitos según la HIPPA, asegúrese de tener comprobante de 18 meses de cobertura).

- Certificado de cobertura acreditable de una aseguradora anterior (grupal o individual, COBRA, Medicaid, SCI, etc.).
- Manifestación de una aseguradora anterior acerca de que esta no cubrirá a los miembros del estado de New Mexico.
- Comprobantes de pago que indiquen una deducción salarial para la cobertura del seguro de salud.
- Registros de los proveedores de atención médica que indiquen cobertura del seguro de salud.
- Manifestaciones de terceros que verifiquen los períodos de cobertura.
- Explicaciones de beneficios (EOB) que verifiquen el pago a los proveedores de atención médica.
- Correspondencia del plan de salud anterior que verifique la cobertura.
- Cualquier otra documentación relevante que pruebe los períodos de cobertura de salud.