Solicitud de cobertura Recién nacidos

New Mexico Medical Insurance Pool
"When no one else will help, we're there"

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

La cobertura para recién nacidos durante los primeros 31 días después del nacimiento es un beneficio de la póliza del Fondo Común del padre o de la madre. Solo los miembros actuales del Fondo Común son elegibles para la cobertura para recién nacidos. En el día 32 a partir de la fecha de nacimiento, se cancelará la cobertura del niño, a menos que exista un evento habilitante que hiciera al niño elegible para el Fondo Común. La prima del primer mes debe incluirse con la solicitud.

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 del bebé	Nombre del bebé	Inicial del segundo nombre	Sexo ❑ M ❑ F	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) _____/_____/_____
Apellido del miembro del Fondo Común	Nombre del miembro del Fondo Común	Inicial del segundo nombre	Número de identificación del miembro en el Fondo Común:	Fecha de nacimiento del miembro del Fondo Común _____/_____/_____

Domicilio (indique una dirección física)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal	Ciudad	NM	Código postal
Dirección de facturación (si fuera distinta de la dirección postal)	Ciudad		Código postal

Dirección de correo electrónico (opcional)	Teléfono de la casa	Teléfono celular	Teléfono del trabajo

El bebé será residente del estado de Nuevo México. ❑ SÍ ❑ NO

Comprendo que la prima del primer mes debe incluirse con la solicitud.

Certifico que 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 la cobertura se cancelará automáticamente 31 días después del nacimiento del bebé, a menos que el bebé tenga un evento habilitante que lo haga elegible para el Fondo Común. Además, comprendo que esta cobertura es un beneficio de mi póliza con el Fondo Común, y certifico que soy el padre/la madre biológico(a) o adoptivo(a) o el tutor legal de este niño.

_____

Firma del miembro del Fondo Común arriba mencionado Relación con el solicitante Fecha

El Fondo Común del estado requiere que se pague la prima del primer mes.
Haga el cheque a nombre de:
New Mexico Medical Insurance Pool

Envíe por correo 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