



PO Box 1090  
Great Bend, KS 67530  
Toll Free: (844) 728-7896 / TTY: (844) 728-7897  
Fax: (620) 793-1199

Administered by: Benefit Management, LLC

## **IMPORTANT NOTICE**

**Re: New Mexico Medical Insurance Pool Low Income Premium Program (LIPP) Recertification Medicare Carveout Plan**

The New Mexico Medical Insurance Pool recertification process for all LIPP enrollees is due January 15<sup>th</sup>, 2024. This allows time for you to have your Federal Tax Return complete and filed with the IRS.

### **YOU MUST TAKE IMMEDIATE ACTION TO CONTINUE YOUR PREMIUM SUBSIDY**

If you believe you may still qualify for a premium reduction in the Low Income Premium Program, this is your **notice** to recertify. Failure to return the enclosed LIPP application with a copy of your most recent Federal Tax Return by **January 15, 2024** will result in your premium increasing to the full rate on **January 1, 2024**.

Please **mail or fax** your completed application along with your tax return to the address/fax number listed on the application.

#### **For Assistance**

If you have questions or need assistance during this year's recertification process, please call NMMIP Customer Service at **1-844-728-7896**.

#### **Enclosures:**

- Low Income Premium Program Supplemental Application



PO Box 1090  
Great Bend, KS 67530  
Toll Free: (844) 728-7896 / TTY: (844) 728-7897  
Fax: (620) 793-1199  
[govmembersupport@benefitmanagementllc.com](mailto:govmembersupport@benefitmanagementllc.com)

Administered by: Benefit Management, LLC

## **AVISO IMPORTANTE**

### **Re: New Mexico Medical Insurance Pool Programa (LIPP) de Recertificación de bajos ingresos Plan de Carveout Medicare.**

El Grupo de Seguros Médicos de Nuevo México ha cambiado el momento de solicitar la recertificación para todos los inscritos al 15 de Enero de 2024. Esto le da tiempo para que usted regrese sus documentos de declaración de Impuestos Federales archivados con IRS.

### **DEBE TOMAR MEDIDAS INMEDIATAS PARA CONTINUAR CON SU SUBSIDIO**

Si cree que aún puede calificar para la reducción del Programa de Bajos Ingresos, Esta es su notificación para volver a certificar. Si no devuelve la solicitud LIPP junto con una copia de su declaración de impuestos Federales más reciente antes del **15 de Enero de 2024**, Se aumentará a la tarifa completa el **1 de Enero de 2024**.

Por favor **envíe por correo o fax** su solicitud completa junto con su declaración de impuestos a la dirección / número de fax que aparece en la solicitud

### **Para asistencia**

Si tiene preguntas o necesita ayuda durante el proceso de recertificación de este año, llame al Servicio al Cliente de NMMIP al 1-844-728-7896

Recintos: Solicitud Suplementaria del Programa de Bajos Ingresos

# Low Income Premium Program Supplemental Application Medicare Carveout (recertification)



govmembersupport@benefitmanagementllc.com

[www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)

PO Box 1090

Great Bend, KS 67530

1-844-728-7896

TTY 1-844-728-7897

Fax: 620-793-1199

The Low Income Premium Program (LIPP) is designed to help persons who qualify for NMMIP coverage remain on Pool coverage by offering a reduced premium.

Income does not determine pool eligibility. You must meet the eligibility requirements on the NMMIP application to be eligible for coverage.

To find out if you should apply for LIPP, find your household size and the corresponding yearly income amount in the table below. If:

- You are currently enrolled or apply and meet all eligibility requirements for the Pool **and**
- You or someone in your family will pay your monthly premium **and**
- Your total household income is within the amounts listed in the table below you may qualify for a reduced premium and should complete this application.

If you have questions or need assistance completing this application, contact us at 844-728-7896 or [govmembersupport@benefitmanagementllc.com](mailto:govmembersupport@benefitmanagementllc.com)

## Qualifying Income Guidelines Effective 01/01/2024 - 12/31/2024

Household Size	0-199% of 2024 HHS Poverty Guidelines 75% Premium Reduction	200-299% of 2024 HHS Poverty Guidelines 50% Premium Reduction	300-399% of 2024 HHS Poverty Guidelines 25% Premium Reduction
1	\$0 - \$29,014	\$29,015 - \$43,594	\$43,595 - \$58,174
2	\$0 - \$39,243	\$39,244 - \$58,963	\$58,964 - \$78,683
3	\$0 - \$49,471	\$49,472 - \$74,331	\$74,332 - \$99,191
4	\$0 - \$59,700	\$59,701 - \$89,700	\$89,701 - \$119,700
5	\$0 - \$69,929	\$69,930 - \$105,069	\$105,070 - \$140,209
6	\$0 - \$80,157	\$80,158 - \$120,437	\$120,438 - \$160,717
7	\$0 - \$90,386	\$90,387 - \$135,806	\$135,807 - \$181,226
8	\$0 - \$100,614	\$100,615 - \$151,174	\$151,175 - \$201,734

<b>Applicant Information:</b> Last name		First name	MI	ID Number
Address		City	State NM	Zip

### Premium Payment Certification

I, \_\_\_\_\_ (name) certify that I, or a member of my family, will be paying my premiums.

**Please note: If your premium is being paid by a third party who is not a family member, STOP. You are not eligible to participate in the Low Income Premium Program (LIPP).**

## Household Size

In order to determine if you qualify for a reduced premium, we need information about your household size and last year's total combined income for all persons in your household over age 18. Even if only one person is enrolled in the Pool, we still need information on the *entire* household, since the premium reduction eligibility is based on total household income.

List all the people in your household. Use additional sheets, if needed, for more household members.

Name	Relationship	Date of Birth

## Household Income Information and Verification

**NOTE:** You do not need to include income information or verification for any member of your household whose income is from Supplementary Security Income (SSI) and/or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) **ONLY**.

List total annual income amount for adults in your household *except as excluded above* (from Federal Tax Form: Line 7b of Form 1040)\_\_\_\_\_.

### In addition,

1. Attach a copy of the previous year's Federal Income Tax forms filed (include certification form if filed electronically) by each household member who had income, *except as excluded above*, and complete and sign the **Federal Tax Form Affidavit** (Affidavit A) portion of this application – **AND/OR** –
2. If any adult in your household had income, *except as excluded above*, but were not required to file a Federal Income Tax form, they must complete, sign, and **notarize the Affidavit B - Other Income Source Affidavit** page 2 of this application.

### Affidavit A - Federal Tax Form Affidavit *(Make copies for other household members, if necessary)* **Not Required to be Notarized.**

I, \_\_\_\_\_ (name), swear or affirm that the attached tax form is a true reflection of my income for calendar year 20\_\_\_\_, and is a correct copy of the form provided to the Internal Revenue Service (IRS). I CERTIFY that the foregoing answers are true and accurate to the best of my knowledge and belief. I also acknowledge that the Pool may verify this information with state agencies or other sources.

\_\_\_\_\_  
Signature of applicant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of parent or legal guardian if applicant is under age 18, or legally incompetent

**Affidavit B - Other Income Source Affidavit** *(Make copies for other household members, if necessary)* **Must be Notarized.**

To be completed by any adult in the household who had non-excluded income, but is not required to file a Federal Income Tax Form.

I, \_\_\_\_\_ (name), hereby swear or affirm that I am not required to file a Federal Income Tax return for calendar year 20\_\_\_\_, and that my income for this same calendar year was \$\_\_\_\_\_. My sources of income were:

Income Source Description	Income Amount
<b>Total:</b>	

\_\_\_\_\_  
Signature Printed name

\_\_\_\_\_  
Home phone Work phone Cell or message phone E-mail address

Subscribed and sworn before me this \_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ by \_\_\_\_\_  
(name)

My commission expires: \_\_\_\_\_  
Notary Public

# Solicitud suplementaria Programa para Personas de Bajos Ingresos (recertificación)



El Programa de Primas para Personas de Bajos Ingresos (Low Income Premium Program, LIPP) está

diseñado para ayudar a que las personas que cumplen con los requisitos necesarios para la cobertura del NMMIP permanezcan con la cobertura del Fondo Común, al ofrecerles una prima reducida. Los ingresos no determinan la elegibilidad para el Fondo Común. Usted debe cumplir con los requisitos de elegibilidad que figuran en la solicitud del NMMIP para ser elegible para la cobertura. Para saber si puede solicitar el LIPP, busque en la tabla de abajo el tamaño de su grupo familiar y los ingresos correspondientes por año. Si:

- *Usted está inscrito actualmente o presenta una solicitud y cumple con todos los requisitos de elegibilidad del Fondo Común y*
- *Usted o alguien de su familia va a pagar su prima mensual y*
- *Los ingresos totales de su grupo familiar están dentro de las cantidades que se indican en la tabla a continuación, es posible que usted cumpla con los requisitos necesarios para una prima reducida y debe completar esta solicitud.*

[www.nmmip.org](http://www.nmmip.org)  
 PO Box 1090  
 Great Bend, KS 67530  
 1-844-728-7896  
 TTY 1-844-728-7897  
 Fax: 620-793-1199

**Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud, llámenos al 844-728-7896 o envíe un correo electrónico a [govmembersupport@benefitmanagementllc.com](mailto:govmembersupport@benefitmanagementllc.com).**

## Pautas de ingresos habilitantes vigentes desde el 01/01/2024 - 12/31/2024

Tamaño de familia	0-199 % de las Pautas de Pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services Department, HHS) para el 2024 75% de reducción	200-299 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2024 50% de reducción	300-399 % de las Pautas de Pobreza del HHS para el 2024 25% de reducción	
1	\$0 - \$29,014	\$29,015 - \$43,594	\$43,595- \$58,174	
2	\$0 - \$39,243	\$39,244 - \$58,963	\$58,964 - \$78,683	
3	\$0 - \$49,471	\$49,472 - \$74,331	\$74,332 - \$99,191	
4	\$0 - \$59,700	\$59,701 - \$89,700	\$89,701- \$119,700	
5	\$0 - \$69,929	\$69,930 - \$105,069	\$105,070 - \$140,209	
6	\$0 - \$80,157	\$80,158 - \$120,437	\$120,438 - \$160,717	
7	\$0 - \$90,386	\$90,387 - \$135,806	\$135,807 - \$181,226	
8	\$0 - \$100,614	\$100,615 - \$151,174	\$151,175 - \$201,734	
<b>Información del solicitante:</b> Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre	<b>Número de identificación</b>
Dirección		Ciudad	Estado <b>NM</b>	Código postal
<b>Certificación de pago</b>				

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), certifico que yo o un miembro de mi familia pagaré/pagará mis primas.

**Tenga en cuenta lo siguiente: Si su pago ha de ser de un tercero programa que no sea un miembro de su familia, DETÉNGASE. Usted no cumple con los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa de Bajos Ingresos (LIPP).**

## Tamaño del grupo familiar

Con el fin de determinar si le corresponde pagar una prima reducida, necesitamos información sobre el tamaño de su grupo familiar y los ingresos combinados totales del año anterior de todas las personas de su grupo familiar que sean mayores de 18 años. Aunque solo una persona esté inscrita en el Fondo Común, necesitamos información sobre el grupo familiar *completo*, dado que la elegibilidad para acceder a una prima reducida se basa en los ingresos totales del grupo familiar.

Abajo poner nombres de todos los miembros de su familia. Utilice hojas adicionales si las necesita para el resto de los Familiares.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento

## Información y verificación de los ingresos del grupo familiar

**NOTA:** Usted no necesita incluir información o verificación de ingresos para los miembros del grupo familiar cuyos ingresos provengan de los programas de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplementary Security Income, SSI) o de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) **SOLAMENTE**.

Mencione la cantidad total de los ingresos anuales percibidos por los adultos de su grupo familiar, excepto los que se excluyeron anteriormente (del Formulario de Impuestos Federales: línea 7b del Formulario 1040)

\_\_\_\_\_.

Además,

1. Adjunte una copia de los Formularios de Impuestos Federales sobre la Renta del año previo presentados (incluya el formulario de certificación, si lo presentó por vía electrónica) por cada miembro del grupo familiar que hubiera percibido ingresos, *excepto los que se excluyeron anteriormente*, y complete y firme la parte de la **Declaración Jurada del Formulario de Impuestos Federales** (Declaración Jurada A) de esta solicitud;
2. Si algún adulto en su grupo familiar tenía ingresos, *excepto los que se excluyeron anteriormente*, pero no se le exigió presentar un Formulario de Impuestos Federales sobre la Renta, debe completar, firmar y certificar ante un notario la **Declaración Jurada B: Declaración Jurada de Otras Fuentes de Ingresos**, que se encuentra en la página 2 de la presente solicitud.

**Declaración Jurada A: Declaración Jurada del Formulario de Impuestos Federales** (*Haga copias para otros miembros del grupo familiar, de ser necesario*). **No requiere legalización.**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), juro o afirmo que el formulario de impuestos adjunto es un reflejo verdadero de mis ingresos para el año calendario 20\_\_\_\_, y que es una copia correcta del formulario provisto al Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS). CERTIFICO que, hasta donde tengo conocimiento, las respuestas anteriores son verdaderas y exactas. También acepto que el Fondo Común pueda verificar esta información con agencias estatales u otras fuentes.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, la madre o el tutor legal, si el solicitante es menor de 18 años o es legalmente incapaz

**Declaración Jurada B: Declaración Jurada de Otras Fuentes de Ingresos** *(Haga copias para otros miembros del grupo familiar, de ser necesario).* **Debe legalizarse.**

Para que la complete cualquier adulto del grupo familiar que no tenga exclusión de ingresos, pero que no se le exija presentar un Formulario de Impuestos Federales sobre la Renta.

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre), por la presente juro o afirmo que no estoy obligado a presentar una declaración del Impuesto Federal sobre la Renta para el año calendario 20\_\_\_\_, y que mis ingresos para este mismo año calendario fueron \$ \_\_\_\_\_. Mis fuentes de ingresos fueron:

Descripción de la fuente de ingresos	Cantidad de los ingresos
<b>Total:</b>	

Firma \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular o para mensajes \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí este \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ (nombre)

Mi nombramiento vence el: \_\_\_\_\_  
Notario público



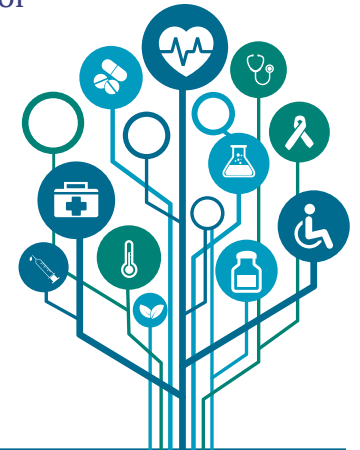


# POPULATION HEALTH PROGRAM

New Mexico Medical Insurance Pool

## What is Population Health?

Population Health addresses the goal of improving a group of people's health status and outcomes as a whole. NMMIP is committed to working with members to identify needs and provide services and education which will have the greatest impact on improving their overall health.



# 800-385-8356

Contact Ensemble today to let us know how we can help make your good health a reality!

## Education and Services available for these conditions and more!

DIABETES



ASTHMA



DEPRESSION



HEART FAILURE



LONG-TERM COVID



SMOKING



### Services Provided:

Education and Resources for your health conditions

24-Hour Nurse Triage Line

Clinical Support at Home

Virtual Visits

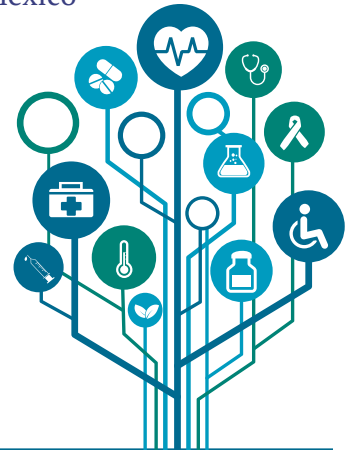
Transition of Care

Remote Monitoring

And more!

## ¿Qué es la salud de la población?

Salud de la población aborda el objetivo de mejorar el estado de salud y los resultados de un grupo de personas entero. NMMIP se compromete a trabajar con los miembros para identificar las necesidades, servicios y educación que necesitas para tener el mayor impacto para mejorar su salud general.



**800-385-8356**

¡Póngase en contacto con Ensemble hoy para hacernos saber cómo podemos ayudarlo a hacer realidad su buena salud!

## ¡Educación y servicios disponibles para estas condiciones y más!

DIABETES



ASMA



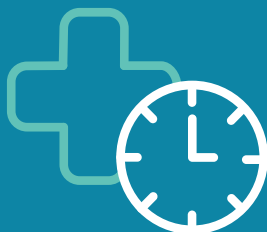
DEPRESIÓN



INSUFICIENCIA  
CARDÍACA



COVID A  
LARGO PLAZO



TABAQUISMO



Servicios Incluidos:

Educación y recursos para sus condiciones de salud

Línea de triaje de enfermería las 24 horas

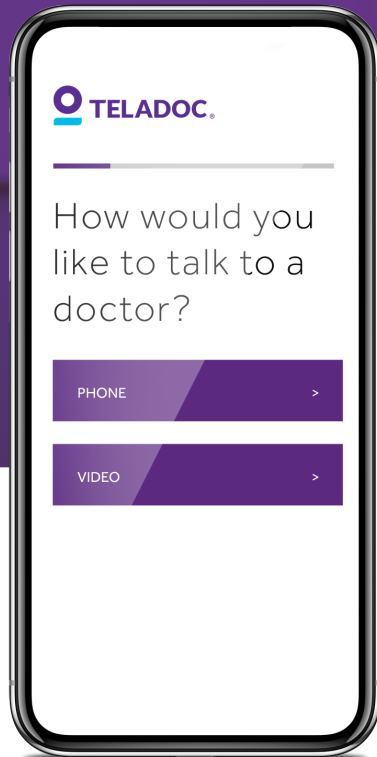
Apoyo clínico en el hogar

Visitas virtuales

Transición de la atención

Monitoreo remoto

¡Y más!



## You've got Teladoc

Talk to a doctor anytime,  
anywhere by phone or video.

Set up your account today to talk to a U.S.-licensed physician for non-emergency medical conditions like the flu, sinus infections, bronchitis, and much more.



### Create account

Use your phone, the app, or the website to create an account and complete your medical history



### Talk to a doctor

Request a time and a Teladoc doctor will contact you





### Feel better

The doctor will diagnose symptoms and send a prescription if necessary

## Talk to a doctor for free

Visit [Teladoc.com](https://www.teladoc.com)

Call 1-800-TELADOC (835-2362) | Download the app  



## ¡Ya tiene Teladoc!

Consulte a un médico por teléfono o video, desde cualquier lugar y en cualquier momento.

**Configure su cuenta hoy para hablar con un médico matriculado de EE. UU. en relación con afecciones médicas que no sean de emergencia, como gripe, infecciones sinusales, bronquitis y mucho más.**



### Crear cuenta

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) para crear una cuenta y completar la historia clínica



### Consulte a un médico

Seleccione un horario y un médico de Teladoc se comunicará con usted



### Comience a sentirse mejor

El médico analizará los síntomas y enviará una receta, si es necesario.

## Consulte con un médico por solo gratis por visita

Visite [Teladoc.com](https://www.teladoc.com)

Llame al 1-800-TELADOC (835-2362) | Descargar la aplicación 