

# Solicitud de cobertura Recién nacidos



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.

P.O. Box 780548  
San Antonio, Tx 78278  
1-866-306-1882  
www.nmmip.org

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, llame al 1-866-306-1882, TTY: o envíe un mensaje por correo electrónico a [nmmip\\_eligibility@90degreebenefits.com](mailto:nmmip_eligibility@90degreebenefits.com).

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

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 780548

San Antonio TX 78278

**Si hace el envío por medio de FedEx, envíe por correo a:**

90 Degree Benefits  
P. O Box 780548  
San Antonio Tx 78278