

# Solicitud de cobertura Medicare Carve-Out



Para cumplir con los requisitos necesarios para el plan Medicare Carve-Out (Segmentos separados de Medicare), debe tener menos de 65 años y estar inscrito en las Partes A y B de Medicare debido a una discapacidad y en la Parte D de Medicare para cobertura de medicamentos recetados.

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

NOTA: Todas las personas que soliciten una póliza de New Mexico Medical Insurance Pool (Fondo Común de Seguros Médicos de Nuevo México), aun si pertenecen a la misma familia, deben completar una solicitud por separado.

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](mailto:info@nmmip.org).

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

## 2. Condiciones habilitantes

Responda cada pregunta

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Soy menor de 65 años y estoy inscrito en Medicare debido a una discapacidad.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tengo Medicare (se requiere copia de su carta de adjudicación o tarjeta de Medicare con esta solicitud).<br>Fecha de vigencia de la Parte A: _____<br>Fecha de vigencia de la Parte B: _____<br>Fecha de vigencia de la Parte D: _____ |

