

Carta de Explicación - Cobertura de Otro Programa Público (Non-ESI MEC)

Usted ha recibido un Aviso de Solicitud de Información del Mercado de beWellnm pidiéndole pruebas sobre la cobertura de otro programa público [Non-Employer Sponsored Insurance (Non-ESI) Minimum Essential Coverage (MEC)]. Puede cargar o enviar por correo al Mercado copias de los documentos indicados en el Aviso. Puede escribir el motivo por el que no tiene otra cobertura pública en la siguiente página si no tiene ninguna de las pruebas que le pedimos que nos envíe.

Para hacer esto:

- guarde este archivo en su computadora,
- complete la sección de la página siguiente relacionada con las pruebas que le pedimos en su Aviso, y
- cárguelo en su cuenta en www.beWellnm.com.

Si necesita más espacio, puede escribir e incluir otra hoja de papel.

Sus documentos se tramitarán con mayor rapidez si los carga. Para cargar su carta:

- inicie sesión en su cuenta del Mercado;
- haga clic en “Documentos” en la parte superior del Panel de Control;
- para cada asunto, elija el botón “Cargar documentos”;
- en la lista de descripción de documentos, haga clic en el tipo de prueba que debe presentar;
- agregue el archivo desde su computadora; y
- haga clic en “Cargar Documentos”.

O puede enviar una copia por correo a:

beWellnm
7601 Jefferson St NE, Suite 120
Albuquerque, NM 87109.

Incluya una copia de su Aviso de solicitud de pruebas. Escriba su nombre, ID de miembro e ID de referencia (RefIDXXXXXXXX) en todos los documentos que presente.

Visite nfpnewmexico.my.site.com/knowledgebase/s/ para más información.

Su Nombre _____

ID de Miembro _____

ID de Referencia _____

No Tengo Cobertura de Otro Programa Público (Non-ESI MEC)

- Marque esta casilla si en este momento no es elegible para:
- Medicare Parte A (Seguro Hospitalario) libre de primas o es elegible para (pero no está inscrito en) Medicare Parte A con Pago de Primas;
 - no está inscrito en TRICARE
 - no es elegible o no está inscrito en la cobertura a través del Cuerpo de Paz; y
 - no está inscrito en la cobertura de salud de VA a través del Departamento de Asuntos de los Veteranos.

Infórmenos sobre su cobertura de salud reciente. Incluya si ha tenido alguna de las coberturas de los programas públicos arriba indicados. Si la tuvo, indique cuándo y por qué finalizó la cobertura.
