



The Commonwealth of Massachusetts
HEALTH POLICY COMMISSION
50 MILK STREET, 8TH FLOOR
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109

STUART H. ALTMAN
PRESIDENTE

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

(800) 436-7757 (TELÉFONO)
(617) 624-5046 (FAX)

DAVID M. SELTZ
DIRECTOR EJECUTIVO

Información e Instrucciones para la Inscripción Abierta y para Obtener una Exención del periodo de Inscripción de Seguro Médico 2019

Las leyes federales y del estado de Massachusetts limitan las condiciones de cuándo se puede comprar ciertos planes de seguro médico. Algunas personas pueden cumplir con condiciones especiales, acontecimientos (llamados acontecimientos que califican), como mudarse, casarse o tener un bebé, y son en esos momentos que califican para comprar un seguro. Otros deben comprar un seguro durante los períodos de inscripción abierta.

El período de inscripción para los planes de seguro médico de 2019 finalizó el 23 de enero de 2019. **Si usted es residente del estado de Massachusetts y se perdió del período de inscripción, entonces podría calificar para una exención del período de inscripción si cumple con ciertos criterios.** Usted puede usar este formulario para solicitar una exención para inscribirse en una cobertura de seguro médico fuera del período de la inscripción. La Oficina de Protección al Paciente (OPP) espera aceptar solicitudes de exención a partir del 23 de enero de 2019 hasta mediados de noviembre de 2019. El próximo período de inscripción está programado para comenzar el 1^{er} de noviembre de 2019 para coberturas activas a partir de enero de 2020.

- Usted puede calificar para una exención si cumple con los criterios de elegibilidad aplicables y (por ejemplo):
 - Actualmente no tiene un seguro y no renunció intencionalmente a la inscripción del seguro médico; o
 - Perdió la cobertura del seguro, pero no se enteró hasta dos meses después (aproximadamente 60 días).
- Primero debe solicitar la cobertura y ser denegado antes de poder solicitar una exención. Usted puede realizar la aplicación en línea para adquirir un seguro a través del Conector de Salud en www.MAhealthconnector.org, llamando al 877-MA-ENROLL, o en un local de atención directa (abierto todo el año). Usted también puede solicitar la asistencia gratuita a través de un especialista capacitado por el estado, conocido como un Asesor de Solicitud Certificado o Navegador; encuentre ayuda aquí: <https://my.mahealthconnector.org/enrollment-assisters>. O, puede comprar la cobertura directamente a través de una compañía de seguros médicos, agente o corredor.
- Usted puede calificar para un seguro subsidiado a través del Conector de Salud o MassHealth. Si el ingreso de su familia es inferior al 300% del nivel federal de pobreza, podrá aplicar a diferentes reglas de inscripción e inscribirse sin una exención de esta oficina. Comuníquese con

¿Preguntas? Comuníquese al 800-436-7757 o visite www.mass.gov/hpc/opp

nuestra oficina para ubicar a su asistente de inscripción más cercano o a un asesor de inscripción certificado con quien pueda hablar sobre la elegibilidad.

- Los individuos y las familias con ingresos más altos también pueden calificar para una asistencia con las primas como son los subsidios, pero deben inscribirse durante el período de inscripción designado, calificar para un período de inscripción especial o solicitar esta exención.
- Es posible que no necesite una exención si:
 - Perdió la cobertura del seguro recientemente (generalmente en los dos meses anteriores); o
 - Usted es el propietario de una pequeña empresa que ha adquirido un seguro para su empresa; o
 - Usted está aplicando para MassHealth o un seguro subsidiado; o
 - Ha experimentado un evento calificante o desencadenante (matrimonio, mudanza, nacimiento, etc.).

Por favor, tenga en cuenta que este formulario no es una solicitud para un seguro médico; de hecho, primero debe solicitar un seguro médico y ser denegado antes de completar este formulario. **Si su solicitud de exención es aprobada, debe entonces completar el proceso con la compañía de seguros médicos o agente con quien originalmente iniciaron la solicitud.** No tendrá seguro médico hasta que la compañía de seguros, el corredor de seguros médicos o el Conector de Salud acepte su solicitud completa y usted pague su prima.

 **Para solicitar una exención, usted necesita:**

Este formulario de Inscripción para una Exención debidamente completado; Y

Una copia de la carta o aviso en el que se le niega su inscripción para la compra un seguro médico

Por favor, envíe por correo o fax su formulario de Inscripción para una Exención debidamente completado Y el aviso en el que se le niega su solicitud para la compra un seguro médico a:

**Health Policy Commission
Office of Patient Protection
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
Fax: 617-624-5046**

¿Preguntas? Comuníquese al 800-436-7757 o visite www.mass.gov/hpc/opp

Números Telefónicos Importantes

- Si tiene preguntas sobre este formulario o el proceso de exención, por favor, comuníquese a la Oficina de Protección al Paciente (OPP) al 800-436-7757. También puede comunicarse con la OPP vía correo electrónico escribiendo a HPC-OPP@state.ma.us, pero no se aceptarán solicitudes de exención por este medio. No envíe su información personal de salud u otra información confidencial a la OPP vía correo electrónico, ya que la OPP no puede garantizar la confidencialidad y seguridad de la información que se envía a la OPP por este medio.
- Si tiene preguntas acerca de las reglas de inscripción o las leyes y regulaciones del seguro médico, por favor, comuníquese a la División de Seguros al 617-521-7794.
- Si tiene alguna pregunta acerca de su elegibilidad para ciertos programas de seguro médico o subsidios, puede comunicarse a los siguientes lugares para obtener información:
 - A MassHealth, al 800-841-2900
 - Al Conector de Salud, a MAhealthconnector.org o al 877-MA-ENROLL (877-623-6765)
 - Un Asistente de Inscripción local puede ser localizado en su hospital local o centro de salud comunitario o puede encontrar uno aquí: <https://my.mahealthconnector.org/enrollment-assisters>.

Acerca de las Exenciones para las Sanciones Fiscales

Si está buscando una exención **de la sanción fiscal por no tener seguro, no use este formulario.** En su lugar, visite el sitio web del Departamento de Hacienda de Massachusetts, <https://www.mass.gov/how-to/learn-how-to-appeal-the-health-care-penalty>, para apelar la sanción fiscal de Massachusetts. El sitio web de Health Connector le proporcionará información adicional: <https://www.mahealthconnector.org/learn/tools-resources/individuals-families>.

<p>(La pregunta 6, continua)</p>	<hr/> <p>Nombre del Titular de la Póliza /Suscriptor:</p> <hr/> <p>Parentesco con el Suscriptor: _____</p> <p>Fecha de finalización del seguro: _____</p> <p>Razón por la cual terminó su seguro:</p> <hr/> <hr/>								
<p>7. ¿A quién desea incluir en el plan de salud?</p>	<p><input type="checkbox"/> Solo yo <input type="checkbox"/> Yo y los siguientes miembros de mi familia:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;">Nombres</td> <td style="width: 40%;">Parentesco</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Adjunte una hoja adicional de ser necesario para miembros adicionales de la familia.</p>	Nombres	Parentesco	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombres	Parentesco								
_____	_____								
_____	_____								
_____	_____								
<p>8. Plan de Seguro Médico que desea comprar, si aplica.</p>	<p>Nombre de la compañía de seguros/plan:</p>								
<p>9. ¿Recibió usted un aviso de la compañía de seguros, de conector de salud o de un agente que le informará que no puede inscribirse sin una exención?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí (Por favor incluya una copia con esta solicitud)</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es no, por favor, tenga en cuenta que primero debe solicitar la cobertura y ser denegado antes de enviar esta solicitud.)</p> <p>Si usted intentó completar una solicitud en línea para un seguro médico y no recibió un aviso de denegación por correo, por favor, imprima la página web o el correo electrónico en el que dice que no califica e inclúyalo con esta solicitud.</p> <p>(las preguntas continuarán en la siguiente página)</p>								

¿Preguntas? Comuníquese al 800-436-7757 o visité www.mass.gov/hpc/opp

FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

(este documento debe estar firmado por la persona que hará la compra o por el padre del menor de edad, menor de 18 años)

Yo _____, por medio de la presente solicito una exención del
(Escribir en letra imprenta)

requerimiento que espero hasta la próxima inscripción para la compra de un seguro de médico. Juro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha: _____

Certifico, bajo la pena de perjurio, que no renuncié intencionalmente a la inscripción de la cobertura para la que era elegible.

Firma del solicitante

Fecha: _____

QUÉ ENVIAR Y DÓNDE ENVIARLO

Envíe por correo este Formulario de Solicitud de Exención completado **Y una copia de la carta o aviso en el que se le informa que no puede inscribirse en la cobertura de salud sin una exención a:**

**Health Policy Commission
Office of Patient Protection
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109**

O envíe por fax el Formulario de Solicitud de Exención completado y la notificación al **617-624-5046**.

Por favor envíe solo el Formulario de Solicitud de Exención (páginas del 3 al 6). No necesita enviar las páginas con las instrucciones (páginas del 1 al 2).

La Oficina de Protección al Paciente (OPP) responderá a su solicitud por escrito **dentro de los próximos 30 días**; no existe una opción expedita. Puede comunicarse con la OPP 800-436-7757. También puede comunicarse con la OPP vía correo electrónico a HPC-OPP@state.ma.us si tiene preguntas, pero no se aceptarán solicitudes de exención por este medio. **No** envíe el Formulario de Solicitud de Exención o ninguna información personal de salud a esta dirección de correo electrónico puesto que la OPP no puede garantizar la confidencialidad y seguridad de la información que se envía a la OPP por este medio.