



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

STUART H. ALTMAN  
CHAIR

OFFICE OF PATIENT PROTECTION  
(800) 436-7757 (PHONE)  
(617) 624-5046 (FAX)

DAVID M. SELTZ  
EXECUTIVE DIRECTOR

**Información e Instrucciones para la Inscripción Abierta y para Obtener una Exención del periodo de Inscripción de Seguro Médico 2020**

Las leyes federales y el estado de Massachusetts limitan las condiciones de cuándo se puede comprar ciertos planes de seguro médico. Algunas personas pueden cumplir con condiciones especiales, llamados acontecimientos calificantes, 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 2020 finalizó el 23 de enero de 2020. **Si usted es residente del estado de Massachusetts y perdió el 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 24 de enero de 2020 hasta mediados de noviembre de 2020. El próximo período de inscripción está actualmente programado para comenzar el 1<sup>er</sup> de noviembre de 2020 para coberturas activas a partir de enero de 2021.

- 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 sino hasta dos meses después (aproximadamente 60 días).
- **Usted primero debe solicitar la cobertura y ser denegado para un Periodo de Inscripción Especial antes de poder solicitar una exención.** Usted puede realizar la solicitud en línea para adquirir un seguro a través del Conector de Salud (Health Connector, en inglés) en [www.MAhealthconnector.org](http://www.MAhealthconnector.org), llamando al 877-MA-ENROLL, o en un local designado de atención directa (abierto todo el año). Usted también puede solicitar 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.

¿Preguntas? Comuníquese al 800-436-7757 o visite [www.mass.gov/hpc/opp](http://www.mass.gov/hpc/opp)

- Usted puede calificar para un seguro subsidiado a través del Conector de Salud ( Health Connector, en inglés) o MassHealth. Si el ingreso de su familia es inferior al 300% del nivel

¿Preguntas? Comuníquese al 800-436-7757 o visite [www.mass.gov/hpc/opp](http://www.mass.gov/hpc/opp)

federal de pobreza, diferentes reglas de inscripción pueden aplicar y podría inscribirse sin una exención de esta oficina. Comuníquese con el Conector de Salud para mayor información

- 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 propietario de una pequeña empresa quien está adquiriendo 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, usted debe primero solicitar un seguro médico y ser denegado antes de completar este formulario. **Si su solicitud de exención es aprobada, usted debe entonces completar el proceso con la compañía de seguro médico o con el agente *con quien originalmente inició 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 ambos documentos listados a continuación:**

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 donde se le niega su solicitud para la compra un seguro médico a:

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

## 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](mailto:HPC-OPP@state.ma.us), pero no se aceptarán solicitudes de exención por este medio. Los mensajes vía correo electrónico no son seguros. La OPP incluirá el mínimo de información necesaria en los correos electrónicos si usted autoriza obtener comunicación a través de este medio en el formulario que encontrará más adelante.
- 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](http://MAhealthconnector.org) o al 877-MA-ENROLL (877-623-6765)
  - Con un Asistente de Inscripción Local, el cual 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 utilice 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 del Conector de Salud le proporcionará información adicional: <https://www.mahealthconnector.org/learn/tools-resources/individuals-families>.



# The Commonwealth of Massachusetts

## HEALTH POLICY COMMISSION

50 MILK STREET, 8TH FLOOR  
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109

### OFFICE OF PATIENT PROTECTION

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

STUART H. ALTMAN  
CHAIR

DAVID M. SELTZ  
EXECUTIVE DIRECTOR

## SOLICITUD DE EXENCIÓN PARA COMPRAR SEGURO MÉDICO 2020

Por favor, complete cada pregunta en este formulario e incluya cualquier información adicional que le gustaría que la Oficina de Protección al Paciente tuviera en cuenta. La Oficina de Protección del Paciente puede comunicarse con cualquiera de las personas listadas en el formulario para verificar información o puede pedirle que proporcione información adicional.

Por favor, tenga en cuenta que este formulario no es una solicitud para un seguro médico. No tendrá seguro médico hasta que su solicitud completada sea aceptada y usted pague su prima. **Generalmente, su prima debe pagarse antes del 23 del mes para que la cobertura comience el 1ero del mes siguiente.** Por ejemplo, para una fecha de cobertura efectiva del 1<sup>er</sup>o de marzo, debe inscribirse y realizar un pago antes del 23 de febrero.

1. Su Nombre	
2. Su dirección completa (Por favor asegúrese de incluir la ciudad, el estado y el código postal)	
3. Número Telefónico	
4. Dirección de Correo Electrónico	
5. ¿Cómo se enteró de la Oficina de Protección al Paciente?	
6. Método de Comunicación preferida	<p>Elija una opción:          Por teléfono, correo regular o correo electrónico <input type="checkbox"/></p> <p><b>ÚNICAMENTE</b> por teléfono o correo regular <input type="checkbox"/></p> <p><b>NOTA: Los mensajes vía correo electrónico no son seguros. La OPP incluirá el mínimo de información necesaria en los correos electrónicos.</b></p>

7. ¿Desde hace cuánto tiempo es residente del estado de Massachusetts?									
8. ¿Actualmente tiene seguro médico?	_____ Sí _____ No								
9. ¿Tuvo seguro médico en el último año?	_____ Sí _____ No								
10. ¿Cómo obtuvo este Seguro?	<p>Elija una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Empleador                      <input type="checkbox"/> Miembro Familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Conector de Salud            <input type="checkbox"/> COBRA (Ley Federal de Reconciliación del Presupuesto Colectivo Consolidado, por sus siglas en inglés) o mini - COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> MassHealth                      <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Directamente con la Compañía de Seguros</p> <p>Nombre de la compañía de seguro médico: _____</p> <p>Fecha de finalización del seguro: _____</p> <p>Razón por la cual terminó su seguro: _____</p> <p>_____</p>								
11. ¿A quién desea incluir en el plan de salud?	<p>_____ Solo yo                      _____ y los siguientes miembros de mi familia:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombres</td> <td style="width: 50%;">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								
_____	_____								
_____	_____								
_____	_____								
12. ¿Comprará usted el seguro médico a través del Conector de Salud?	_____ Sí _____ No								
13. Plan de Seguro Médico que desea comprar, si aplica	Nombre de la compañía de seguros/plan:								
14. ¿Recibió usted un aviso de la compañía de seguros, del Conector de Salud o de un agente que le informará que no puede inscribirse sin una exención?	<p>_____ Sí (Por favor incluya una copia con esta solicitud)</p> <p>_____ No <b>(Si la respuesta es no, su solicitud estará incompleta y no puede ser procesada.)</b></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>								

15. Por favor, describa, lo más detalladamente posible, por qué no tiene un seguro actualmente y por qué debería recibir una exención. Por favor, tenga en cuenta que la OPP no puede considerar condiciones médicas al revisar una solicitud de inscripción abierta para la exención. Por favor, concentre su declaración en otras circunstancias atenuantes que le impidieron comprar un seguro. Por ejemplo:

- Explique los detalles de por qué no compró un seguro durante el último período de inscripción
- Si perdió su seguro, explique por qué y cuándo perdió la cobertura del seguro médico
- Explique por qué no compró un nuevo seguro médico dentro de los 63 días después de haber perdido su seguro anterior

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**AUTORIZACIÓN PARA REFERIR EL CASO A OTRA AGENCIA ESTATAL:**

Con su autorización, la OPP puede remitir este caso, incluidos todos los registros e información médica presentada a la OPP, al Conector de Salud, a MassHealth u otra agencia estatal. Al seleccionar "sí", usted reconoce que otras agencias estatales pueden no estar cubiertas por las mismas leyes de privacidad y pueden compartir la información que se les proporcione.

- Sí, doy mi autorización a la OPP para referir este caso a otra agencia estatal.
- No, no doy mi autorización a la OPP para referir este caso a otra agencia estatal.

**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 de que debo esperar 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, 8<sup>th</sup> 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 (páginas del 4 al 8). No necesita enviar las páginas con las instrucciones (páginas del 1 al 3).

La Oficina de Protección al Paciente responderá a su solicitud por escrito **dentro de los próximos 30 días**; no existe una opción expedita. Puede comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente al 800-436-7757. También puede comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente vía correo electrónico a [HPC-OPP@state.ma.us](mailto:HPC-OPP@state.ma.us) si tiene preguntas, pero no se aceptarán solicitudes de exención por este medio. Por favor, **No** envíe el formulario de Solicitud para la Exención o ninguna información personal de salud a esta dirección de correo electrónico puesto que los mensajes a través de este medio no son seguros.