

DEBORAH DEVAUX
CHAIR

The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

50 MILK STREET, 8TH FLOOR
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109
(617) 979-1400

DAVID M. SELTZ
EXECUTIVE DIRECTOR

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

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

Información e instrucciones para obtener una exención durante el período de inscripción abierta del seguro médico en 2024

Las leyes federales y estatales de Massachusetts limitan cuándo usted puede comprar ciertos planes del seguro médico. Algunas personas pueden cumplir con condiciones especiales, llamadas acontecimientos que reúnen los requisitos, como mudarse, casarse o tener un bebé, y entonces pueden comprar un seguro. Otras personas tienen que comprar un seguro durante los períodos de inscripción abierta.

El período de inscripción abierta para los planes del seguro médico en 2024 finalizó el 23 de enero de 2024. **Si usted es residente de Massachusetts y no se inscribió durante el periodo de inscripción abierta, entonces podría reunir los requisitos para la exención del período de inscripción si cumple con ciertos criterios.** Usted puede llenar este formulario para solicitar una exención para inscribirse en una cobertura del seguro médico fuera del período de inscripción abierta. La Oficina de Protección al Paciente (OPP) espera aceptar solicitudes de exención del 24 de enero de 2024 hasta mediados de noviembre de 2024. El próximo período de inscripción abierta está actualmente programado para comenzar el 1º de noviembre de 2024 para toda cobertura que comience en enero de 2025.

- Usted puede reunir los requisitos para una exención si cumple con los criterios aplicables de elegibilidad y (por ejemplo):
 - Usted no tiene un seguro ni renunció intencionalmente a inscribirse en un seguro médico; o
 - Perdió la cobertura del seguro, pero no se enteró sino hasta que transcurrieron dos meses (alrededor de 60 días).
- **Usted debe primero solicitar la cobertura y ser denegado para un Período de Inscripción Especial antes de poder solicitar una exención.** Usted puede solicitar el seguro en línea a través del Conector de Salud (Health Connector) en www.MAhealthconnector.org llamando al 877-MA-ENROLL. Revise el sitio web del Conector para ver la disponibilidad de los centros designados de atención directa sin cita. También puede solicitarlo con la asistencia gratuita de un especialista capacitado por el estado llamado Asesor o Navegador Certificado de Solicitudes; encuentre ayuda aquí: <https://my.mahealthconnector.org/enrollment-assisters>. O bien puede comprar la cobertura directamente a través de una compañía de seguros médicos, de un agente o corredor.
- Usted podría reunir los requisitos para un seguro subsidiado a través del Conector de Salud o de MassHealth. Si los ingresos de su familia son inferiores al 300% del nivel federal de pobreza, es posible que apliquen diferentes reglas de inscripción y podría inscribirse sin una exención de esta oficina. Comuníquese con el Conector de Salud para mayor información.
- Personas individuales y familias con ingresos más elevados también podrían reunir los requisitos para recibir asistencia con las primas en forma de subsidios, pero deben inscribirse durante el período designado de inscripción abierta,

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

reunir los requisitos para un período de inscripción especial o solicitar esta exención.

- Es posible que usted no necesite una exención si:
 - Perdió la cobertura del seguro recientemente (en general en los dos meses anteriores); o
 - Es propietario de una pequeña empresa que está comprando un seguro para su negocio; o
 - Está solicitando MassHealth o un seguro subsidiado; o
 - Ha tenido un acontecimiento que reúne o desencadena los requisitos (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 llenar este formulario. **Si su solicitud de exención es aprobada, entonces debe completar el trámite de la solicitud con la compañía del seguro médico o 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 acepten su solicitud completa y usted pague su prima.

Para solicitar una exención, usted necesitará estos dos documentos:

Este formulario de Exención de la Inscripción Llenado; Y ADEMÁS

Una copia de la carta o del aviso negándole su inscripción para la compra de un seguro médico

Por favor envíe su Formulario de Exención de la Inscripción Llenado por correo o fax Y ADEMÁS 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, 8th Floor
Boston, MA 02109
Fax: 617-624-5046**

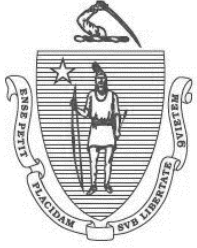
Formulario disponible en línea en <https://www.mass.gov/how-to/how-to-request-an-open-enrollment-waiver>

Teléfonos importantes

- Si tiene preguntas sobre este formulario o el trámite de la exención, llame a la Oficina de Protección al Paciente (OPP) al 800-436-7757. También puede comunicarse con la OPP vía correo electrónico a HPC-OPP@state.ma.us. Tenga en cuenta que los mensajes de correo electrónico no son seguros. La OPP incluirá el mínimo de información necesaria en los correos electrónicos si usted autoriza comunicación por este medio en el formulario que aparece más abajo.
- Si tiene preguntas acerca de las reglas de inscripción abierta o de las leyes y los reglamentos del seguro médico, le pedimos que llame a la División de Seguros al 617-521-7794.
- Si tiene cualquier pregunta sobre si reúne los requisitos para ciertos programas o subsidios del seguro médico, puede comunicarse a los siguientes lugares para obtener información:
 - A MassHealth, 800-841-2900
 - Al Conector de Salud, MAhealthconnector.org o al 877-MA-ENROLL (877-623-6765)
 - Puede localizar a un Asistente de Inscripción local en su hospital local o centro médico comunitario o encuéntralo en: <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 tiene más información: <https://www.mahealthconnector.org/learn/tools-resources/individuals-families>.



DEBORAH DEVAUX
CHAIR

The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

50 MILK STREET, 8TH FLOOR
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109
(617) 979-1400

DAVID M. SELTZ
EXECUTIVE DIRECTOR

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

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

SOLICITUD DE EXENCIÓN PARA COMPRAR SEGURO MÉDICO EN 2024

Por favor conteste 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 enumeradas en el formulario para verificar la información o puede pedirle a usted que proporcione más información.

Le recordamos que este formulario no es una solicitud para un seguro médico. Usted no tendrá seguro médico hasta que su solicitud llenada sea aceptada y usted pague su prima. **Generalmente, su prima debe pagarse antes del 23 del mes para que su cobertura comience el 1º del mes siguiente.** Por ejemplo, si su cobertura entra en vigor el 1º de marzo, usted debe inscribirse y pagar a más tardar el 23 de febrero.

1. Su nombre	
2. Su dirección completa (debe incluir ciudad, estado y código postal)	
3. Teléfono	
4. Dirección de correo electrónico	
5. ¿Cómo se enteró de la OPP?	
6. Método preferido de comunicación	Elija uno: Por teléfono, correo postal o electrónico <input type="checkbox"/> SOLO por teléfono o correo postal <input type="checkbox"/> NOTA: Los mensajes vía correo electrónico no son seguros. La OPP incluirá el mínimo de información necesaria en los correos electrónicos y solo le enviará un mensaje vía correo electrónico concerniente a la solicitud de su exención.

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

7. ¿Desde hace cuánto tiempo es residente de Massachusetts?											
8. ¿Tiene seguro médico en este momento?	_____ Sí _____ No										
9. ¿Tuvo seguro médico en el último año?	_____ Sí _____ No										
10. ¿Cómo obtuvo este seguro?	<p>Elija uno:</p> <p><input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Miembro familiar</p> <p><input type="checkbox"/> Conector de Salud <input type="checkbox"/> COBRA/ mini COBRA</p> <p><input type="checkbox"/> MassHealth <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Directamente de la compañía de seguros</p> <p>Nombre de la compañía del seguro médico: _____</p> <p>Fecha en que terminó el 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 _____ 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 con usted</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Adjunte otra hoja si es necesario para incluir a más miembros familiares.</p>	Nombres	Parentesco con usted	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombres	Parentesco con usted										
_____	_____										
_____	_____										
_____	_____										
_____	_____										
12. ¿Comprará usted el seguro médico a través del Conector de Salud?	_____ Sí _____ No										
13. Plan del seguro médico que desea comprar, si aplica	Nombre de la compañía de seguros y del plan:										
14. ¿Recibió un aviso de la compañía de seguros, del Conector de Salud o de un agente informándole que no puede inscribirse sin una exención?	<p>_____ Sí (Por favor incluya una copia con esta solicitud)</p> <p>_____ No (Si respondió no, su solicitud está incompleta y no puede tramitarse.)</p> <p>Si intentó llenar una solicitud en línea para un seguro médico y no recibió un aviso de denegación por correo, entonces imprima la página web o el correo electrónico que dicen que no reúne los requisitos e inclúyalo con esta solicitud.</p>										

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

AUTORIZACIÓN PARA REMITIR EL CASO A OTRA AGENCIA ESTATAL:

Con su permiso, la OPP puede remitir este caso, con todos los expedientes médicos y la información médica presentada a la OPP, al Conector de Salud, a MassHealth o bien a 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, le doy mi permiso a la OPP a que remita mi caso a otra agencia estatal.
- No, no le doy mi permiso a la OPP a que remita mi caso a otra agencia estatal.

FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

(este documento debe firmarse por el comprador o padre del menor de 18 años)

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

que debo esperar hasta la siguiente inscripción abierta para comprar un seguro médico. Juro que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha: _____

Declaro bajo la pena de dar falso testimonio que no renuncié intencionalmente a la inscripción de la cobertura para la cual reunía los requisitos.

Firma del solicitante

Fecha: _____

QUÉ ENVIAR Y ADÓNDE ENVIARLO

Envíe este Formulario de Solicitud de Exención llenado por correo **JUNTO CON una copia de la carta o del aviso informándole 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 el Formulario de Solicitud de Exención llenado y la notificación por fax al **617-624-5046** o correo electrónico a HPC-OPP@state.ma.us

Envíe solo el formulario de solicitud (páginas 3 a 6). No necesita enviar las páginas con las instrucciones (páginas 1 a 2).

La Oficina de Protección al Paciente contestará su solicitud por escrito **dentro de 30 días**; no hay opción urgente. Puede comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente llamando al 800-436-7757. También puede comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente vía correo electrónico a HPC-OPP@state.ma.us. **No** recomendamos enviar su 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. Por favor utilice nuestro formulario en línea a <https://www.mass.gov/how-to/how-to-request-an-open-enrollment-waiver> si desea enviar una solicitud electrónica.