The Commonwealth of Massachusetts
Health Policy Commission
Office of Patient Protection
Two Boylston Street, 6th Floor
Boston, MA 02116
(800)436-7757 (phone)
(617)624-5046 (fax)

Información e instrucciones sobre la exención/dispensa para inscribirse en un plan de seguros de salud 2014

Las leyes federales y de Massachusetts limitan el momento en el cual usted puede comprar ciertos planes de seguros de salud. Algunas personas poseen condiciones especiales y pueden comprar un seguro en cualquier momento. Otras deben comprar un seguro durante los períodos de inscripción abierta.

Los períodos de inscripción abierta 2014-2015 son: 1 de enero de 2014 al 31 de marzo de 2014

15 de noviembre de 2014 al 15 de febrero de 2015

Si usted reside en Massachusetts y perdió el plazo del período de inscripción abierta, entonces podría reunir los requisitos para una exención del período de inscripción abierta si cumple con ciertos criterios. Puede utilizar este formulario para solicitar una exención para inscribirse en una cobertura de seguro de salud fuera del período de inscripción abierta hasta el **18 de noviembre de 2014.**

- Usted podría reunir los requisitos para una exención si cumple con los criterios de elegibilidad y (por ejemplo):
  - No tiene un seguro y no se abstuvo intencionalmente de inscribirse a un seguro de salud; o
  - Solicitó cobertura de MassHealth u otras coberturas subsidiadas, y se enteró de que su solicitud fue rechazada después de que habían pasado 63 días; o
  - Perdió la cobertura del seguro pero no se enteró hasta después de que pasaron 63 días.

- Usted primero debe solicitar cobertura de un plan o agente de seguro de salud y ser rechazado antes de poder solicitar una exención. Puede solicitar un seguro en línea a través de Health Connector en www.MAhealthconnector.org o llamando al 877-MA-ENROLL. También puede presentar una solicitud para comprar un seguro a través de una compañía de seguros o un agente de seguros.

- Usted puede reunir los requisitos para una cobertura de salud subsidiada a través de Health Connector o MassHealth. Si usted reúne los requisitos, las reglas para inscribirse son diferentes y usted podría inscribirse sin una exención. Por ejemplo, una familia de cuatro con un ingreso de $95,400 por año o menos (aproximadamente $7,950 por mes o menos) puede reunir los requisitos para un subsidio. Visite MAhealthconnector.org para más información.

- Usted puede no necesitar una exención si:
  - Recientemente perdió su cobertura de seguro (por lo general en los últimos 63 días); o
  - Es dueño de una empresa pequeña que quiere adquirir un seguro para dicho negocio; o
  - Pueden incluirse otras razones.

- Usted no puede obtener una exención si tiene o tuvo una cobertura de seguro que canceló de manera voluntaria a través del incumplimiento del pago de primas o debido a otros actos, y no ha tenido un seguro durante más de 63 días. Usted podría adquirir un seguro durante el próximo período de inscripción.

Por favor tenga en cuenta que este formulario no es una solicitud para un seguro de salud. Si su solicitud de exención es aprobada, entonces deberá completar el proceso de solicitud con la compañía de seguros de salud o el agente ante el que presentó la solicitud originalmente. No tendrá un seguro de salud hasta que su solicitud completa sea aceptada y usted pague la prima.

Para solicitar una exención, necesitará:

☐ **Este formulario de Exención de Inscripción completo, *y***

☐ **Una copia de la carta o notificación que rechaza su solicitud para adquirir un seguro de salud**

Por favor envíe por correo o fax su formulario de Exención de Inscripción completo *y* la notificación que rechaza su solicitud para adquirir un seguro de salud a la siguiente dirección:

Health Policy Commission
Office of Patient Protection
Two Boylston Street, 6th Floor
Boston, MA 02116
Fax: 617-624-5046

Números de teléfono importantes

- Si tiene preguntas sobre este formulario o sobre el proceso de exención, por favor comuníquese con la Oficina de Protección del Paciente (Office of Patient Protection, OPP) al 800-436-7757. También puede comunicarse con la OPP por correo electrónico a esta dirección HPC-OPP@state.ma.us. No aceptamos solicitudes de exención por correo electrónico. No envíe información de salud personal u otra información confidencial a la OPP por correo electrónico.
- Si tiene preguntas sobre las reglas de inscripción abierta o sobre su elegibilidad para obtener un seguro de salud, por favor llame a la División de Seguros al 617-521-7794.
- Si tiene preguntas sobre si reúne los requisitos o no para obtener un seguro de salud, puede llamar a los siguientes lugares:
  - MassHealth, 800-841-2900
  - Health Care Division, Office of the Attorney General, 888-830-6277
  - Health Connector, MAhealthconnector.org o 877-MA-ENROLL
  - Health Care For All, 800-272-4232

Sobre exenciones de multas impositivas

Si usted busca obtener una exención de multas impositivas por estar sin seguro, no use este formulario. Para eso, utilice la siguiente información de contacto:

- Para impuestos estatales, comuníquese con Health Connector al 617-933-3164 y pregunte por el "Certificado de Exención" (Certificate of Exemption).
- Para impuestos federales, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace Call Center) al 800-318-2596

The Commonwealth of Massachusetts
Health Policy Commission
Office of Patient Protection
Two Boylston Street, 6th Floor
Boston, MA 02116
(800)436-7757 (phone)
(617)624-5046 (fax)

SOLICITUD DE EXENCIÓN PARA LA COMPRA DE UN SEGURO DE SALUD 2014

Por favor responda cada pregunta de este formulario e incluya cualquier información adicional que quisiera que la Oficina de Protección del Paciente tuviera en cuenta. La Oficina de Protección del Paciente puede llamar a cualquiera de las personas mencionadas en el formulario para verificar la información o puede pedirle a usted que provea más información.

Por favor tenga en cuenta que este formulario no es una solicitud para un seguro de salud. **Si su solicitud de exención es aprobada, entonces deberá completar el proceso de solicitud con Health Connector, la compañía de seguros de salud o el agente ante el que presentó la solicitud originalmente. No tendrá un seguro de salud hasta que su solicitud completa sea aceptada y usted pague la prima.**

1. Su nombre y apellido	
2. Su dirección completa (por favor incluya la ciudad, estado y código postal)	
3. ¿Cuánto tiempo hace que reside en Massachusetts?	
4. Correo electrónico	
5. Número de teléfono	
6. ¿Tiene seguro de salud ahora o tuvo uno recientemente (dentro del último año)?	_____ Sí _____ No En caso afirmativo, por favor provea la siguiente información sobre el plan más reciente: Tipo de plan: _____ No de grupo _____ a través de un empleador u otro grupo (Continúa en la página siguiente)

(Pregunta 6, continuación)	Nombre de la Compañía de Seguros de Salud _____ Nombre y apellido del suscriptor: _____ Relación del suscriptor con usted: _____ Fecha de finalización del seguro: _____ Razón por la cual el seguro finalizó: _____ _____
7. ¿A quién quiere incluir en el plan de salud?	____ Solo a mí ____ A mí y a los siguientes miembros de mi familia: Nombre y apellido Fecha de nacimiento Parentesco Adjunte una hoja adicional si es necesario para incluir más miembros de la familia.
8. Plan de seguro de salud para el cual usted solicita una exención.	Nombre de la compañía de seguro/del plan:
9. ¿Recibió una notificación por parte de la compañía de seguro, de Health Connector o de un agente que le dijera que usted no puede inscribirse sin una exención?	_____ Sí _____ No En caso afirmativo, por favor adjunte una copia a esta solicitud. **En caso negativo, por favor tenga en cuenta que usted debe primero solicitar una cobertura y luego ser rechazado antes de presentar esta solicitud.** **Si intentó completar la solicitud de Health Connector en línea y no recibió una notificación de rechazo por correo, por favor imprima el sitio web o el correo electrónico que diga que usted no reúne los requisitos e inclúyalo en esta solicitud.**

10. Por favor describa por qué no tiene un seguro en este momento, y por qué debería recibir una exención.

Por ejemplo:

- Explique por qué no compró un seguro durante el período de inscripción abierta
- Si perdió su seguro, explique por qué y cuándo perdió su cobertura en dicho seguro
- Explique por qué no compró un seguro de salud nuevo dentro de los 63 días posteriores a la pérdida de su seguro anterior

FIRMA Y CERTIFICACIÓN

Yo _____, por la presente solicito una exención de la exigencia de
(Nombre y apellido en letra de imprenta)
esperar hasta la próxima inscripción abierta para adquirir un seguro de salud. Juro que la información provista en esta solicitud es verdadera y fiel a mi leal saber y entender.

_____ Fecha:_____
Firma del solicitante

Certifico, bajo la pena de perjurio, que no me abstuve intencionalmente de inscribirme en la cobertura para la cual era elegible.

_____ Fecha:_____
Firma del solicitante

QUÉ ENVIAR Y DÓNDE ENVIARLO

Envíe por correo el formulario de Solicitud de Exención completo *y* una copia de la carta o notificación que dice que usted no puede inscribirse en la cobertura de salud sin una exención a la siguiente dirección:

Health Policy Commission
Office of Patient Protection
Two Boylston Street, 6th Floor
Boston, MA 02116

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

Por favor envíe las páginas 3 a 6 del formulario de Solicitud de Exención. No es necesario enviar las páginas con las instrucciones.

La Oficina de Protección del Paciente responderá a su solicitud por escrito dentro de los 30 días. Puede comunicarse con la Oficina de Protección del Paciente al 800-436-7757. También puede comunicarse con la Oficina de Protección del Paciente por correo electrónico a la siguiente dirección HPC-OPP@state.ma.us para enviar sus preguntas. No aceptamos solicitudes de exención por correo electrónico. **No** envíe su formulario de Solicitud de Exención ni ninguna información de salud personal a esta dirección de correo electrónico.