



DEBORAH DEVAUX
PRESIDENTE

EL ESTADO DE MASSACHUSETTS

COMISIÓN DE POLÍTICA DE SALUD

50 MILK STREET, 8TH FLOOR

BOSTON, MASSACHUSETTS 02109

(617) 979-1400

DAVID M. SELTZ
DIRECTOR EJECUTIVO

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

(800) 436-7757 (TELÉFONO)

(617) 624-5046 (FAX)

Información e instrucciones para la exención de inscripción abierta de seguros 2025

Las leyes federales y de Massachusetts limitan cuándo puede contratar determinados planes de seguro médico. Algunas personas pueden cumplir unas condiciones especiales, denominadas eventos calificantes, como mudarse, casarse o tener un hijo, y pueden contratar un seguro en ese momento. Otros deben contratar un seguro durante los periodos de inscripción abierta.

El periodo de inscripción abierta para los planes de seguro médico de 2025 terminó el 23 de enero de 2025. **Si usted es residente de Massachusetts y se perdió el periodo de inscripción abierta, es posible que tenga derecho a una exención del periodo de inscripción abierta si cumple determinados requisitos.** Puede utilizar este formulario para solicitar una exención para inscribirse en una cobertura de seguro médico fuera de la inscripción abierta. La OPP espera aceptar solicitudes de exención desde el 24 de enero de 2025 hasta mediados de noviembre de 2025. El próximo periodo de inscripción abierta está previsto para comenzar el 1 de noviembre de 2025 para la cobertura que comenzará en enero de 2025.

- Puede calificar para una exención si cumple los criterios de elegibilidad aplicables y (por ejemplo) :
 - No tiene seguro y no renunció intencionadamente a inscribirse en un seguro médico; o bien
 - Perdió la cobertura del seguro pero no se enteró hasta pasados dos meses (unos 60 días) .
- **Primero debe solicitar cobertura y ser rechazado para un Periodo de Inscripción Especial antes de que pueda solicitar una exención.** Puede solicitar el seguro en línea a través del Health Connector en www.MAhealthconnector.org, llamando al 877-MA-ENROLL.. Consulte el sitio web de Connector para conocer la disponibilidad de los centros designados para acudir sin cita previa. También puede presentar un solicitud con la ayuda gratuita de un especialista capacitado por el Estado llamado Consejero de Solicitud Certificado o Navegador; encuentre ayuda aquí: <https://my.mahealthconnector.org/enrollment-assisters>. Opcionalmente, puede contratar la cobertura directamente a través de una compañía, agente o corredor de seguros médicos.
- Puede calificar para un seguro subvencionado a través del Health Connector o MassHealth. Si los ingresos de su familia son inferiores al 300 % del nivel federal de pobreza, es posible que se apliquen normas de inscripción diferentes y que pueda inscribirse sin una exención de esta oficina. Comuníquese con el Health Connector para obtener más información.
- Las personas y familias con ingresos más elevados también pueden calificar para ayudas para el pago de las primas como los subsidios, pero deben inscribirse durante el periodo de inscripción abierta designado, calificar para un periodo de inscripción especial o solicitar esta exención.
- Es posible que no necesite una exención si:
 - Perdió la cobertura del seguro recientemente (normalmente en los últimos dos meses) ; o
 - Es dueño de una pequeña empresa que contrata un seguro para su negocio; o

¿Tiene preguntas? Llame al 800-436-7757 o visite <https://masshpc.gov/opp>

- Está presentando una solicitud para MassHealth o un seguro subvencionado.
- Experimentó un acontecimiento que le hace reunir los requisitos o que lo desencadena (matrimonio, mudanza, nacimiento, etc.) .

Tenga en cuenta que este formulario no es una solicitud de seguro médico; de hecho, primero debe solicitar un seguro médico, y se lo deben denegar, antes de rellenar este formulario. **Si se aprueba su solicitud de exención, deberá completar el proceso de solicitud con la compañía o el agente de seguros médicos a quienes presentó la solicitud original.** No tendrá seguro médico hasta que la compañía de seguros, el agente de seguros médicos o el Health Connector acepten su solicitud completa y usted pague su prima.



Para solicitar una exención, necesitará estas dos cosas:

Este formulario de exención de inscripción cumplimentado; Y

Una copia de la carta o notificación en la que se le deniega la inscripción para contratar un seguro médico

Envíe por correo o fax el formulario de exención de inscripción rellenado Y la notificación en la que se le deniega su solicitud para contratar seguro médico a la:

**Comisión de Política de Salud
Oficina de Protección al Paciente
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
Fax: 617-624-5046**

Formulario en línea disponible en <https://masshpc.gov/opp/open - enrollment - waiver#Forms>.

Números de teléfono importantes

- Si tiene alguna pregunta sobre este formulario o el proceso de exención, llame a la Oficina de Protección al Paciente (OPP) al 800-436-7757. También puede comunicarse con la OPP por correo electrónico a [HPC - OPP@mass.gov](mailto:HPC-OPP@mass.gov). Tenga en cuenta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. La OPP incluirá la cantidad mínima de información necesaria en los correos electrónicos si usted da su consentimiento a la comunicación por correo electrónico en el formulario a continuación.
- Si tiene alguna pregunta sobre las reglas de inscripción abierta o las leyes y reglamentos sobre seguros de salud, llame a la División de Seguros al 617-521-7794.
- Si tiene alguna pregunta sobre si reúne los requisitos para determinados programas o subsidios de seguro médico, puede llamar a los siguientes lugares para informarse:
 - MassHealth, 800-841-2900
 - El Health Connector, MAhealthconnector.org o 877-MA-ENROLL (877-623-6765)
 - En su hospital local o centro de salud comunitario puede haber un Asistente de Inscripción local o encontrar uno aquí: <https://my.mahealthconnector.org/enrollment - assisters>.

Acerca de las exenciones de **sanciones tributarias**

Si solicita la exención de la **sanción tributaria por no estar asegurado, 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 tributaria de Massachusetts. La web del Health Connector tiene información adicional: <https://www.mahealthconnector.org/learn/tools - resources/individuals - families>.



EL ESTADO DE MASSACHUSETTS

COMISIÓN DE POLÍTICA DE SALUD

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

DEBORAH DEVAUX
PRESIDENTE

DAVID M. SELTZ
DIRECTOR EJECUTIVO

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

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

SOLICITUD DE EXENCIÓN PARA ADQUIRIR UN SEGURO MÉDICO 2025

Rellene todas las preguntas de este formulario e incluya cualquier información adicional que desee que la Oficina de Protección al Paciente tenga en cuenta. La Oficina de Protección al Paciente puede llamar a cualquiera de las personas indicadas en el formulario para verificar la información o puede pedirle que proporcione información adicional.

Tenga en cuenta que este formulario no es una solicitud de seguro médico. No tendrá seguro médico hasta que se acepte su solicitud completa y pague la prima. **Por lo general, la prima debe pagarse antes del 23 del mes para que la cobertura comience antes del 1 del mes siguiente.** Por ejemplo, para una fecha de cobertura vigente del 1 de marzo, usted debe inscribirse y efectuar el pago antes del 23 de febrero.

1. Su nombre y apellido	
2. Su dirección completa (asegúrese de incluir ciudad, estado y código postal)	
3. Número de teléfono	
4. Correo electrónico	
5. ¿Cómo se enteró de la OPP?	
6. Método de comunicación preferido	Seleccione uno: Por teléfono, correo regular o correo electrónico <input type="checkbox"/> SOLO por teléfono o correo regular <input type="checkbox"/> NOTA: Las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. La OPP incluirá la cantidad mínima de información necesaria en los correos electrónicos y solo le enviará por correo electrónico información relacionada con su solicitud de exención.
7. ¿Desde cuándo reside en Massachusetts?	

8. ¿Tiene seguro médico ahora?	<p>_____ Sí _____ No</p>								
9. ¿Ha tenido seguro médico en el último año?	<p>_____ Sí _____ No</p>								
10. ¿Cómo consiguió este seguro?	<p>Marque una opción:</p> <p><input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Miembro de la familia</p> <p><input type="checkbox"/> Health Connector <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 de seguro médico: _____</p> <p>Fecha de finalización del seguro: _____</p> <p>Motivo por el que finalizó el seguro: _____</p> <p>_____</p>								
11. ¿A quién quiere incluir en el plan de salud?	<p>_____ Solo a mí _____ A mí y los siguientes miembros de la familia:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nombre</td> <td style="width: 50%;">Relación con usted</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 si es necesario para otros miembros de la familia.</p>	Nombre	Relación con usted	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nombre	Relación con usted								
_____	_____								
_____	_____								
_____	_____								
12. ¿Comprará un seguro a través del Health Connector?	<p>_____ Sí _____ No</p>								
13. Plan de seguro médico que desea contratar, si corresponde	<p>Nombre de la compañía de seguros/plan:</p>								
14. ¿Recibió un aviso de la compañía de seguros, del Health Connector o de un agente diciéndole que no puede inscribirse sin una exención?	<p>_____ Sí (adjunte una copia a esta solicitud)</p> <p>_____ No (En caso negativo, su solicitud está incompleta y no puede ser tramitada.)</p> <p>Si ha intentado rellenar una solicitud de seguro médico en línea y no ha recibido un aviso de denegación por correo, imprima la página web o el correo electrónico en el que se le indica que no cumple los requisitos e inclúyalo en esta solicitud.</p>								

15. Describa, con el mayor detalle posible, por qué no tiene seguro en este momento y por qué debería recibir una exención. Tenga en cuenta que la OPP no puede tener en cuenta las afecciones médicas al revisar una solicitud de exención de inscripción abierta. Por favor, centre su declaración en otras circunstancias atenuantes que le impidieron contratar un seguro. Por ejemplo

- Explique los motivos por los que no contrató un seguro durante el último periodo de inscripción abierta.
- Si perdió su seguro, explique por qué y cuándo perdió su cobertura de seguro médico
- Explique por qué no contrató un nuevo seguro médico en los 63 días siguientes a la pérdida de su seguro médico anterior

¿Tiene preguntas? Llame al 800-436-7757 o visite <https://masshpc.gov/opp>

AUTORIZACIÓN PARA REMITIR EL CASO A OTRO ORGANISMO ESTATAL:

Con su permiso, la OPP puede remitir este caso, incluidos todos los registros médicos y la información médica presentada a la OPP, al Health Connector, 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 que pueden estar en capacidad de compartir aún más la información que se comparte con ellos.

Sí, doy mi permiso a la OPP para que remita mi caso a otra agencia estatal.

No, no doy mi permiso a la OPP para que remita mi caso a otra agencia estatal.

FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

(este documento debe estar firmado por el adquiriente o por los padres de un menor de 18 años)

Yo _____, solicito por este medio una exención del requisito de que espere hasta que
(Nombre en letra imprenta)

la próxima inscripción abierta para contratar un seguro médico. Juro que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha: _____

Certifico, bajo pena de perjurio, que no renuncié intencionadamente a inscribirme en una cobertura a la que era elegible.

Firma del solicitante

Fecha: _____

QUÉ ENVIAR Y DÓNDE ENVIARLO

Envíe por correo este formulario de solicitud de exención relleno **Y una copia de la carta o notificación en la que se le informa de que no puede inscribirse en la cobertura médica sin una exención a la:**

**Comisión de Política de Salud
Oficina de Protección al Paciente
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109**

O envíe por fax el formulario de solicitud de exención relleno y el aviso a **617-624-5046**.

O utilice nuestro **formulario en línea** en <https://masshpc.gov/opp/open-enrollment-waiver#Forms>.

Envíe únicamente el formulario de solicitud (páginas 3 - 6) . No es necesario que envíe las páginas de instrucciones (páginas 1-2) .

La Oficina de Protección al Paciente responderá a su solicitud por escrito **en un plazo de 30 días**; no existe una opción acelerada. Puede comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente llamando al 800-436-7757. También puede comunicarse con la Oficina de Protección al Paciente por correo electrónico escribiendo a [HPC - OPP@mass.gov](mailto:HPC-OPP@mass.gov). No **recomendamos** enviar el formulario de solicitud de exención ni ninguna información médica personal a esta dirección de correo electrónico porque las comunicaciones por correo electrónico no son seguras. Utilice nuestro formulario en línea que se encuentra en <https://masshpc.gov/opp/open-enrollment-waiver#Forms> si desea enviar una solicitud electrónica.