



ANTES DE EMPEZAR:

Lo que debe esperar de su solicitud para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes

El Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes ofrece una nueva opción de cobertura para las personas que cumplen con los siguientes requisitos:

- Han estado sin cobertura de salud por lo menos seis meses
- Tienen una condición preexistente o se les ha negado cobertura de salud a causa de su estado de salud
- Son ciudadanos o residen legalmente en los Estados Unidos

Usted paga una prima mensual y un deducible anual por la cobertura del Seguro para Condiciones Preexistentes. Los beneficios incluyen medicamentos recetados, atención primaria, especializada y hospitalaria. El plan le ofrece tres opciones: La Opción Estándar, Opción Extendida y Opción de Cuenta de Ahorros Médicos.

Después de completar la solicitud, podrá enviarla por correo a la dirección en la página 6. Le enviaremos por correo una carta en alrededor de 2-3 semanas que le permite saber si su solicitud ha sido aprobada o si necesitamos más información.

Si es aprobado, el comienzo de su cobertura se basará en la fecha que hayamos recibido su solicitud con toda la información necesaria. **Si recibimos su solicitud, con todos los documentos, en o antes del día 15 del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.** Si recibimos su solicitud, con todos los documentos necesarios, después del día 15 y en o antes del último día del mes, su cobertura comenzará el primer día del segundo mes. Usted puede elegir que su cobertura comience el primer día del mes siguiente. Si aprobamos su solicitud, le informaremos cómo elegir una fecha más temprana para el inicio de su cobertura. La cobertura siempre comienza el primer día del mes.

Ejemplo:

Si recibimos su solicitud y todos los documentos necesarios...	Su cobertura comenzará . . .
del 1 al 15 de marzo	el 1 de abril
del 16 al 31 de marzo	el 1 de mayo o el 1 de abril (si pide que su cobertura comience antes)

Para más información visite www.pcip.gov o llame al 1-866-717-5826 (TTY 1-866-561-1604).

Solicitud para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes 2012

Use tinta azul o negra para llenar la solicitud en su totalidad. Debe contestar todas las preguntas.

Sección 1: Información sobre la Persona Solicitando Cobertura

Apellido		Nombre		Inicial	Apellido de soltera (si aplica)
Edad	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Número de Seguro Social (si tiene uno)		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de Teléfono con Código de Área			Dirección de correo electrónico (si tiene uno)		
Dirección Permanente					
Ciudad			Estado	Código Postal	
¿Quiere que le envíen la correspondencia de PCIP a un lugar que no sea su dirección permanente? Escriba la dirección aquí:					
Ciudad			Estado	Código Postal	

Sección 2: Información sobre el Estado Donde Usted Vive

Para ser elegible, debe residir en un estado que participa en el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes administrado por el gobierno federal.

¿En qué estado vive usted? _____

Sección 3: Información sobre su Ciudadanía o Situación Migratoria

Marque una de las siguientes casillas:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos.**
Debe proporcionar su número de seguro social en la Sección 1 de esta solicitud. Revisaremos la información en esta solicitud, incluyendo su número de seguro social, con la información de los registros federales.
- Soy un extranjero aunque soy un nacional de los Estados Unidos.**
Debe proveer una copia de un documento que confirme su condición de extranjero nacional, como una copia de su pasaporte estadounidense que demuestra su condición de nacional.
- Soy un extranjero que se encuentra legalmente en los Estados Unidos.**
Debe proveer una copia de su documento de inmigración, incluyendo un documento que tenga su I-94 o su número de registro de inmigrante para verificar su estado de inmigración actual. Revise la lista de los documentos aceptables que comienzan en la página 6 de esta solicitud.



Sección 4: Información sobre su Condición o Diagnóstico Médico

Marque la casilla que le corresponda:

- Me han negado la cobertura de salud.**
Porque tengo una condición médica, recibí una carta de rechazo de una compañía de seguros para la cobertura individual (no es cobertura ofrecida a través de un empleo) en mi estado en los últimos 12 meses, o he recibido una carta en los últimos 12 meses de un agente o representante de seguros con licencia en mi estado que me dice que no soy elegible para la cobertura individual por una o más compañías de seguros debido a mi condición médica.
AVISO: Debe proveer una copia de la carta de rechazo de la compañía de seguros, agente o representante.
- Me han ofrecido una cobertura médica individual con una cláusula de exclusión.**
He recibido una oferta de cobertura individual (no es cobertura ofrecida a través de un empleo), el cual **no** acepté, de una compañía de seguros en mi estado en los últimos 12 meses. Esta oferta tiene una cláusula que excluye la cobertura de mi condición médica si acepto la oferta.
AVISO: Debe proveer una copia de la oferta de cobertura con la cláusula que muestra que su condición médica no será cubierta. Tenga en cuenta que si actualmente tiene un seguro de salud que no cubre su condición médica, usted no es elegible para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes.
- Soy menor de 19 años, o vivo en Massachusetts o Vermont y tengo una condición médica, incapacidad o enfermedad, o tenía una condición médica, incapacidad o enfermedad en el pasado.**
AVISO: Debe proveer una copia de la carta firmada por el médico, asistente médico o enfermera practicante con fecha en los últimos 12 meses que diga que usted solía tener o actualmente tiene una condición, incapacidad o enfermedad. Esta carta debe incluir su nombre, condición médica, incapacidad o enfermedad y el nombre, estado y número de licencia donde ejerce el médico, asistente médico o enfermera.
- Soy menor de 19 años de edad o vivo en Massachusetts o Vermont y se me ha ofrecido la cobertura de salud individual con una prima más alta como se describe a continuación.**
Tengo una condición médica y he recibido una oferta de cobertura individual (no es cobertura ofrecida a través de un empleo), el cual no acepté, de una compañía de seguros de salud en mi estado en los últimos 12 meses. Esta oferta muestra una prima por lo menos el doble más alta que la prima asignada (cantidad mensual que debe pagarle a un asegurador) para mantener cobertura en mi estado por la Opción Estándar del Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes.
AVISO: Debe proveer una copia de la carta de la compañía de seguros que muestra la cotización que ofrece como prima por la cobertura individual, pero no aceptó. Visite www.pcip.gov o llame al 1-866-717-5826 (TTY 1-866-561-1604) para saber si la prima que se le ofrece es el doble de la prima para la Opción Estándar del Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes en su estado.



Sección 5: Información sobre Su Otra Cobertura

Para poder ser elegible, usted debe haber estado sin cobertura de salud durante al menos 6 meses a partir de la fecha de esta solicitud. En cualquier momento durante los **últimos 6 meses**, ¿ha tenido alguno de los siguientes tipos de cobertura? Debe responder cada pregunta.

1. ¿Seguro médico, incluyendo cobertura de seguro de salud individual o a corto plazo?

Sí No

2. ¿Un plan de beneficios limitados, también conocido como un plan “mini-médico”?

NOTA: Un plan “mini-médico” o “mini-med” es una póliza de seguros que ofrece una cobertura muy limitada para su médico, hospital y facturas de medicamentos. Tiene un alto deducible y unos límites anuales bajos para beneficios.

Sí No

3. ¿Seguro ofrecido por un empleador, incluyendo COBRA?

Sí No

4. ¿Medicare (Parte A y/o Parte B)?

Sí No

5. ¿Medicaid?

Sí No

6. ¿Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP por su sigla en inglés)?

Sí No

7. ¿Un fondo estatal de alto riesgo?

Sí No

8. ¿TRICARE (seguro médico militar)?

Sí No

9. ¿Cobertura brindada por un plan de salud pública (como la cobertura para los veteranos inscritos en el plan de salud de VA, o un país extranjero) establecido o mantenido por un estado o el Gobierno de los Estados Unidos?

Sí No

10. ¿FEHBP (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y Jubilados), incluyendo Continuación Temporal de Cobertura (TCC)?

Sí No

11. ¿Plan de Beneficios de Salud para los trabajadores del Cuerpo de Paz?

Sí No

12. ¿Servicios prestados por el Servicio de Salud Indígena o por una organización tribal para tratar su condición médica?

Sí No



Nombre

También queremos saber sobre cualquier cobertura de salud que haya tenido en el último año. Si fue cubierto por más de dos compañías de seguros o proveedores de servicios en el último año, sólo es necesario identificar los dos más recientes. Si no tuvo cobertura, puede dejar esta sección en blanco.

Nombre de la Compañía de Seguros o Programa que le brindó su Cobertura de Salud:

Dirección de la Compañía:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Nombre del empleador (si el seguro fue ofrecido por el empleador):

Número de Teléfono de la Compañía con Código de Área:

Fecha Inicial de Cobertura: (mm/dd/yyyy)

Fecha Final de Cobertura: (mm/dd/yyyy)

Razón por la cual Terminó su Cobertura de Salud (marque todo lo que corresponda):

- Usted o alguien en su familia perdió o dejó su trabajo.
- Su compañía de seguros dejó de cubrir los dependientes.
- Usted o alguien de su familia dejó de trabajar a tiempo completo y ya no es elegible para recibir beneficios.

- Usted se mudó fuera del área de servicio de la compañía de seguros.
- Otra. Explique la razón por la cual terminó su cobertura:

Información sobre cualquier otra cobertura de salud en los últimos 12 meses:

Nombre de la Compañía de Seguros o Programa que le brindó su Cobertura de Salud:

Dirección de la Compañía:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Nombre del empleador (si el seguro fue ofrecido por el empleador):

Número de Teléfono de la Compañía con Código de Área:

Fecha Inicial de Cobertura: (mm/dd/yyyy)

Fecha Final de Cobertura: (mm/dd/yyyy)

Razón por la cual Terminó su Cobertura de Salud (marque todo lo que corresponda):

- Usted o alguien en su familia perdió o dejó su trabajo.
- Su compañía de seguros dejó de cubrir los dependientes.
- Usted o alguien de su familia dejó de trabajar a tiempo completo y ya no es elegible para recibir beneficios.

- Usted se mudó fuera del área de servicio de la compañía de seguros.
- Otra. Explique la razón por la cual terminó su cobertura:



Sección 6: Su Opción de Plan 2012

Marque la casilla de la opción del plan que elija. Visite www.pciplan.com para obtener más información sobre estas opciones incluyendo primas, beneficios y costos compartidos.

- Opción Estándar 2012**
(Deducible alto, primas más bajas)
- Deducible de \$2,000 dentro de la red/\$3,000 fuera de la red por el cuidado médico
 - Deducible de \$500 para medicamentos recetados en el formulario/\$750 fuera del formulario

- La Opción Extendida 2012**
(Deducible más bajo, primas más altas)
- Deducible de \$1,000 dentro de la red/\$1,500 fuera de la red por el cuidado médico
 - Deducible de \$250 para medicamentos recetados en el formulario/\$375 fuera del formulario

- La Opción de Cuenta de Ahorros Médicos 2012**
(Deducible más alto, primas más bajas)
- Deducible compuesto de \$2,500 dentro de la red/\$3,000 fuera de la red para el cuidado médico y medicamentos recetados

Sección 7: Verificación de la Comprensión de esta Solicitud y Firma del Mismo

1. Entiendo que mi cobertura no comenzará hasta que (a) esta solicitud y todos los documentos sean recibidos y aprobados y (b) se me facture por la prima del primer mes y mi pago sea recibido y procesado.
2. Entiendo que es mi responsabilidad informarle al Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes de cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad, incluyendo cobertura de salud que pueda obtener en el futuro.
3. Entiendo que, si me mudo fuera del área de servicio del Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes, debo notificarle al Plan para poder darme de baja.
4. Entiendo que si yo voluntariamente cancelo la inscripción en el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes o si se me da de baja involuntariamente (por ejemplo, no pago mis primas a tiempo), no podré volver a solicitar inscripción hasta por lo menos 6 meses después de que mi cobertura termine.
5. Entiendo y estoy de acuerdo con la divulgación de la información en esta solicitud al Centro Nacional de Hacienda del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y otras agencias federales y contratistas federales para determinar mi elegibilidad e inscribirme en el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes.
6. Entiendo que al firmar abajo, certifico que toda la información y documentos con esta solicitud es final, exacta y cierta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que si esta solicitud contiene errores materiales u omisiones intencionales, el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes puede, durante los primeros 2 años de mi inscripción, (a) cancelar mi inscripción como si nunca hubiera sido válida y las primas serán reembolsadas, menos cualquier reclamación pagada, y/o (b) tomar cualquier otra acción disponible por ley.

Por favor, firmar y fechar a continuación:

Firma	Fecha de Hoy (mm/dd/yyyy)
-------	---------------------------

Si usted es un padre o tutor legal o un representante legalmente autorizado del solicitante, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información: Tenga en cuenta que si usted es un representante legalmente autorizado, significa que está autorizado bajo la ley estatal para completar esta solicitud y la documentación de su autoridad está disponible bajo petición:

Nombre Completo	Número de Teléfono con Código de Área
-----------------	---------------------------------------

Dirección Postal

Ciudad	Estado	Código Postal
--------	--------	---------------

Su Relación a la Persona Solicitando Cobertura:

- Padre Tutor Legal Representante Legal Autorizado

Sección 8: Información de cómo se enteró del Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes

OPCIONAL: Por favor, díganos cómo se enteró sobre el Plan para Condiciones Preexistentes (marque todo lo aplicable).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Miembro de la familia o amigo | <input type="checkbox"/> Televisión |
| <input type="checkbox"/> Artículo de Internet | <input type="checkbox"/> Corredor de seguros |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de salud | <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet |
| <input type="checkbox"/> Compañero de trabajo o colega | <input type="checkbox"/> Publicación (periódico, revista, diario) |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Evento público |
| <input type="checkbox"/> Compañía de seguros | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Correo | |

Sección 9: Lista de Comprobación

- He completado la solicitud y he respondido todas las preguntas.
- He puesto mi firma y fecha en esta solicitud.
- He incluido una copia de uno de los siguientes documentos:
- Carta de rechazo de la compañía de seguros
 - Carta del representante o agente de seguros
 - Carta de la compañía de seguros ofreciéndome cobertura con una cláusula
 - Carta de un médico, asistente médico, o enfermera practicante (si soy menor de 19 años de edad o vivo en Massachusetts o Vermont)
 - Carta de una compañía de seguros que muestra la cotización de la prima que se me ofreció por cobertura (si soy menor de 19 años de edad o vivo en Massachusetts o Vermont)
- Sólo para los Ciudadanos Estadounidenses:** He proporcionado mi número de seguro social.
- Sólo para los Extranjeros Nacionales Estadounidenses:** He incluido una copia de un documento que confirma mi condición de extranjero nacional, como una copia de mi pasaporte estadounidense que demuestra mi condición de nacional.
- Sólo para los Extranjeros:** He incluido una copia de mis documentos de inmigración necesarios incluyendo por lo menos uno que tiene mi número I-94 o mi número de registro de inmigrante que se usará para verificar mi estado. He proporcionado una copia anverso y reverso de:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> I-327 (Permiso de Reingreso) | <input type="checkbox"/> Pasaporte Extranjero Vigente para los viajeros en el Programa de Exención de Visa |
| <input type="checkbox"/> I-551 (Tarjeta de Residente Permanente) | <input type="checkbox"/> I-20 (Certificado de Elegibilidad de Inmigrante (F-1) Estado de Estudiante) acompañado por un I-94 y un pasaporte extranjero vigente |
| <input type="checkbox"/> I-571 (Documento de Viaje de Refugiado) | <input type="checkbox"/> DS2019 (Certificado de Derecho al Estado de Visitante de Intercambio (J-1) Estado) acompañado por un I-94 y un pasaporte extranjero vigente |
| <input type="checkbox"/> I-766 (Documento de Autorización de Empleo) | <input type="checkbox"/> Otro documento con el número de registro de inmigrante o I-94 |
| <input type="checkbox"/> Visa que puede ser leída por máquina (con lenguaje provisional I-551) acompañado con un pasaporte extranjero vigente | |
| <input type="checkbox"/> Sello Provisional I-551 (en pasaporte o I-94) acompañado por un I-94 y un pasaporte extranjero vigente | |
| <input type="checkbox"/> I-94 (Registro de Entrada/Salida) acompañado por un pasaporte extranjero vigente | |

Envíe su Solicitud por Correo

El Centro de Procesamiento Oficial para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes se encuentra en Nueva Orleans, Luisiana. Envíe su solicitud y todos los documentos requeridos a:

**National Finance Center
Pre-Existing Condition Insurance Plan
P.O. Box 60017
New Orleans, LA 70160-0017**

No envíe ningún pago con esta solicitud. Si es elegible, le enviaremos una carta por correo que incluye la cantidad de su prima mensual y las instrucciones para hacer el primer pago de su prima para completar su inscripción.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al 1-866-717-5826 (TTY 1-866-561-1604) o visite www.pcip.gov.

Ley de Privacidad y el Acta de Reducción de Trámites

Sección 1101 de la Ley para la Protección del Paciente, la Ley Pública 111-148, autoriza la colección de información en este formulario. La información que proporcione permitirá que el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos a través del Centro Nacional de Hacienda del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos pueda determinar si usted es elegible para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes. Tenemos la obligación de pedirle su número de seguro social si testifica que es un ciudadano de los Estados Unidos. Revisaremos su información, incluyendo su número de seguro social, con los registros federales, tales como los registros mantenidos por la Administración del Seguro Social. Esta revisión computarizada confirma su información y comprueba si usted es elegible para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes. Sólo los individuos que son ciudadanos o nacionales de los Estados Unidos o de otro modo están legalmente en los Estados Unidos son elegibles para este programa. Si usted no proporciona esta información, no podremos tomar una decisión sobre su solicitud.

Declaración del Acta de Reducción de Trámites. Esta recopilación de información cumple con los requisitos del Código de Estados Unidos 44 § 3507, modificado por el artículo 2 de la Ley de Reducción de Trámites de 1995. No es necesario responder a estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto. El número de control válido para solicitar esta información es 0938-1095. Calculamos que tomará alrededor de 1 hora para leer las instrucciones, reunir los datos, y contestar las preguntas.

Puede enviar sus comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. Sólo envíe comentarios sobre nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no su solicitud.