



ANTES DE EMPEZAR:

Lo que puede esperar si solicita un Seguro para Condiciones Preexistentes

El Plan para Condiciones Preexistentes es una opción de cobertura para las personas que cumplen los requisitos siguientes:

- Han estado sin cobertura médica durante los seis últimos meses
- Tienen un problema médico anterior y se les ha denegado la cobertura debido a su condición médica
- Son ciudadanos estadounidenses o residentes legales

Usted paga una prima mensual y el deducible anual por la cobertura del Seguro para Condiciones Preexistentes (PCIP en inglés). Los beneficios incluyen los servicios básicos y los especializados, la atención en el hospital y los medicamentos recetados. El PCIP les ofrece un plan a los miembros inscritos en el programa. Por la cobertura médica del plan estándar usted paga un deducible anual de \$2,000 y un deducible anual de \$500 por la cobertura de las recetas médicas.

Una vez que haya llenado la solicitud, debe enviarla a la dirección que mencionamos en la página 7. Le enviaremos una carta en 2–3 semanas avisándole si su solicitud ha sido aprobada o si necesitamos más información.

Si se aprueba su solicitud, la fecha de inicio de su cobertura estará basada en la fecha en que se haya recibido su solicitud con la información requerida. **Si recibimos su solicitud y la documentación necesaria para el o antes del día 15 del mes, su cobertura comenzará el primer día del mes siguiente.** Si recibimos su solicitud después del día 15, la 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 diremos cómo hacer para escoger que su cobertura comience en una fecha más temprana. La cobertura siempre empezará el primer día del mes.

Ejemplo:

Si recibimos su solicitud y todos los documentos necesarios...	Su cobertura comenzará el...
Entre el 1 – 15 de marzo	1 de abril
Entre el 16 – 31 de marzo	1 de mayo o el 1 de abril (si solicita que se inicie antes)

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

La Solicitud del Seguro para Condiciones Preexistentes

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

Sección 1: Información sobre la persona que solicita la cobertura

Apellido		Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido de soltera (si se aplica)
Edad	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	Número de Seguro Social (si lo tiene)		Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de teléfono con el código del área			Dirección de correo electrónico (si la tiene)	
Dirección postal				
Ciudad		Estado	Código postal	
¿Desea que el PCIP le envíe la correspondencia a otro lugar que no sea su dirección postal? En ese caso, escriba la dirección aquí:				
Ciudad		Estado	Código postal	

Sección 2: Información sobre el estado donde vive

Para obtener esta cobertura, usted debe residir en un estado donde se ofrezca el Seguro para Condiciones Preexistentes administrado por el gobierno federal.

Soy residente del estado de _____

Sección 3: Información sobre su ciudadanía o su situación inmigratoria

Marque un casillero:

- Soy ciudadano de los Estados Unidos.**
Debido a que nos informa que es un ciudadano de los Estados Unidos, debe proveernos su número de Seguro Social en la Sección 1. Nosotros verificaremos la información, incluido su número de Seguro Social con la información que consta en los registros federales.
- Soy un extranjero nacional de los Estados Unidos.**
Debe proveernos una copia del documento que confirma que es un extranjero nacional, por ejemplo una copia de un pasaporte estadounidense que indique su situación de extranjero nacional.
- Soy un extranjero que se encuentra legalmente en los Estados Unidos.**
Debe proveernos una copia del documento migratorio, incluido su número de registro de inmigrante o su número I-94, para que podamos verificar su situación. En la página 6 de este formulario ofrecemos una lista de los documentos que puede presentar.



Sección 4: Información sobre su condición o diagnóstico médico

Marque el casillero que corresponda:

- Me han negado la cobertura médica.**
Porque tengo una condición médica, la compañía de seguro me ha denegado la cobertura individual (que no es la 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 corredor de seguros con licencia en mi estado, que me informa que no soy elegible para la cobertura individual de una o más compañías de seguros debido a mi condición médica.
AVISO: Usted debe proveernos una copia de la carta de denegación de la compañía de seguros, agente o corredor de seguros.
- Me han ofrecido una cobertura médica individual con una cláusula de exclusión.**
Una compañía de seguro de mi estado me ha ofrecido en los últimos 12 meses, una cobertura médica individual (que **no** es la cobertura ofrecida a través de un empleo), que no acepté porque la oferta tiene una cláusula por la que se excluye mi condición preexistente.
AVISO: Debe proveer una copia de la oferta de cobertura con la cláusula que indica que su condición médica no estará cubierta. Tenga en cuenta que si actualmente tiene un seguro de salud que no cubre su condición médica, usted no es elegible para el 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 licenciada, fechada en los 12 últimos 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, o vivo en Massachusetts o Vermont y me han ofrecido un seguro individual por una prima más cara, tal y como se describe a continuación.**
Tengo un problema médico y una compañía de seguros de mi estado me ha ofrecido en los últimos 12 meses, una cobertura médica individual (que no es la cobertura ofrecida a través de un empleo), que no acepté. Por esta cobertura me cobran **una prima que cuesta** por lo menos dos veces más que lo que cuesta la prima de un Plan para Condiciones Preexistentes (el pago mensual que debe hacerle al asegurador) para mantener la opción estándar en mi estado.
AVISO: Debe proveer una copia de la carta de la compañía de seguros que muestra la cotización de la prima por la cobertura individual, que usted 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 Seguro para Condiciones Preexistentes en su estado.



Sección 5: Información sobre su otra cobertura

Para ser elegible para el Seguro para Condiciones Preexistentes, usted tiene que haber estado sin cobertura médica por lo menos 6 meses desde la fecha de esta solicitud. **¿Ha tenido usted alguno de estos tipos de cobertura en los seis últimos meses? Debe responder cada pregunta.**

1. Seguro médico, incluido un seguro individual o un seguro a corto plazo

Sí No

2. Un plan de beneficios limitados conocido como plan "mini-médico"

NOTA: Un plan "mini-médico" o "mini-med" es una póliza de seguro que ofrece cobertura limitada de los servicios del médico, hospital y de las facturas de sus medicinas, tiene un deducible alto y un límite anual bajo para los beneficios.

Sí No

3. Un plan de salud de su empleador, incluida la cobertura de COBRA

Sí No

4. Medicare (Parte A y/o Parte B)

Sí No

5. Medicaid

Sí No

6. El Seguro Médico para los Niños (CHIP en inglés)

Sí No

7. Un fondo estatal de alto riesgo

Sí No

8. TRICARE (seguro médico para militares)

Sí No

9. La cobertura de un plan de salud pública establecido y mantenido por un estado o el gobierno de los Estados Unidos, como la cobertura de VA o por un país extranjero

Sí No

10. El FEHBP (seguro médico para empleados y jubilados federales), incluida la Continuación Temporal de Cobertura (TCC en inglés)

Sí No

11. Cobertura médica para los trabajadores de los Cuerpos de Paz

Sí No

12. Los beneficios del Servicio de Salud para Indígenas o de una organización tribal para tratar su condición

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 seguro o programa que le brindó la cobertura

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono con el código del área

Nombre del empleador (si obtuvo la cobertura de su empleador)

Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/yyyy)

Fecha de terminación de la cobertura (mm/dd/yyyy)

Motivo por el que terminó su cobertura (marque los que correspondan):

Usted o alguien de su familia perdió o dejó el empleo.

Se mudó fuera del área de servicio del plan.

La compañía de seguro ya no cubre a sus dependientes.

Otra (explique el motivo):

Usted o alguien de su familia dejó de trabajar a tiempo completo y ya no es elegible para recibir beneficios.

Información sobre cualquier otra cobertura médica que haya tenido en los 12 últimos meses:

Nombre de la compañía de seguro o programa que le brindó la cobertura

Dirección postal

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono con el código del área

Nombre del empleador (si obtuvo la cobertura de su empleador)

Fecha de inicio de la cobertura (mm/dd/yyyy)

Fecha de terminación de la cobertura (mm/dd/yyyy)

Motivo por el que terminó su cobertura (marque los que correspondan):

Usted o alguien de su familia perdió o dejó el empleo.

Se mudó fuera del área de servicio del plan.

La compañía de seguro ya no cubre a sus dependientes.

Otra (explique el motivo):

Usted o alguien de su familia dejó de trabajar a tiempo completo y ya no es elegible para recibir beneficios.



Sección 6: Su cobertura del PCIP en el 2013

PCIP les ofrece un plan a los miembros inscritos en el programa. Para averiguar sobre este plan, las primas, beneficios y costos compartidos, visite www.pciplan.com.

Plan Estándar

- Deducible anual de \$2,000 por los servicios médicos de la red/\$3,000 fuera de la red
- Deducible anual de \$500 por los medicamentos recetados del formulario/\$750 por los medicamentos recetados que no están en el formulario

Sección 7: Confirme que comprende el contenido de la solicitud y fírmela

1. Entiendo que mi cobertura no comenzará hasta que (a) que reciban mi solicitud completa y los documentos pertinentes y la hayan aprobado y (b) se me envíe la factura por el monto de la prima del primer mes, y se haya recibido y procesado el pago.
2. Entiendo que es mi responsabilidad informarle al plan sobre cualquier cambio que pudiera afectar mi elegibilidad, incluida cualquier cobertura médica que pueda obtener en el futuro.
3. Entiendo que si me mudo fuera del área de servicio del plan, debo notificárselo para poder darme de baja.
4. Entiendo que si cancelo la inscripción en el plan voluntariamente o si me dan de baja involuntariamente (por ejemplo porque no he pagado la prima a tiempo), no podré presentar la solicitud nuevamente, por lo menos hasta seis meses después de que haya terminado mi cobertura.
5. Entiendo y acepto que se divulgue la información contenida en esta solicitud al Centro Nacional de Hacienda del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, a otras agencias federales y contratistas federales para determinar mi elegibilidad e inscribirme en el Seguro para Condiciones Preexistentes.
6. Entiendo que al firmar esta solicitud, estoy certificando que toda la información y documentación presentada está completa, es correcta y fidedigna, a mi mejor saber y entender. Entiendo también que si la misma contiene errores u omisiones intencionales, el Plan para Condiciones Preexistentes puede, durante los dos primeros años de mi inscripción, (a) cancelar mi inscripción como si nunca hubiese entrado en vigencia y reembolsarme el monto de las primas menos cualquier reclamación que se haya pagado y/o (b) implementar otra medida contemplada por la ley.

Firme abajo y coloque la fecha:

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

Si usted es el padre, tutor legal o representante legal autorizado de la persona que solicita la cobertura, debe firmar arriba y proveernos la información solicitada a continuación. Tenga en cuenta que si es el representante legal, significa que bajo la ley estatal usted está autorizado a llenar la solicitud y que la documentación que lo autoriza estará disponible si se la solicitan.

Nombre completo	Número de teléfono con el código del área
-----------------	---

Dirección postal

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Su relación con la persona que solicita la cobertura:

- Padre Tutor Legal Representante Legal Autorizado

Sección 8: ¿Cómo se enteró acerca del Seguro para Condiciones Preexistentes?

OPCIONAL: ¿Puede decirnos cómo se enteró del Seguro para Condiciones Preexistentes? (Marque todas las que correspondan).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Familiar o amigo | <input type="checkbox"/> Publicación (periódico, revista o diario) |
| <input type="checkbox"/> Colega o compañero de trabajo | <input type="checkbox"/> Proveedor de salud |
| <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Compañía de seguro |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet | <input type="checkbox"/> Agente de seguros |
| <input type="checkbox"/> Artículo en Internet | <input type="checkbox"/> Evento público |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Televisión | |

Sección 9: Lista de verificación

- He llenado toda la solicitud y he respondido todas las preguntas.
- He firmado y fechado la solicitud.
- He incluido una copia de alguno de los documentos siguientes:
- La carta de denegación de la compañía de seguros
 - La carta del agente o corredor de seguros
 - La carta de la compañía de seguros ofreciéndole la cobertura con una cláusula de exclusión
 - La carta de un médico, asistente médico o enfermera licenciada (si tengo menos de 19 años o vivo en Massachusetts o Vermont)
 - La carta de la compañía de seguros que muestra la cotización de la prima que se me ofreció por la cobertura (si tengo menos de 19 años o vivo en Massachusetts o Vermont)
- Sólo para los ciudadanos estadounidenses:** He proveído mi número de Seguro Social.
- Sólo para los extranjeros nacionales de los Estados Unidos:** He incluido una copia del documento que confirma que soy un extranjero nacional, como una copia del pasaporte estadounidense que demuestre mi condición de nacional.
- Sólo para los que no son ciudadanos:** He incluido una copia de mis documentos inmigratorios incluyendo por lo menos uno donde figure mi Número de Registro de Extranjero o el número I-94, que se usará para demostrar mi situación inmigratoria. He proporcionado una copia del anverso y reverso de estos documentos:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I-327 (Permiso de reingreso) | <input type="checkbox"/> Pasaporte extranjero vigente para los viajeros del Programa de exención de visa |
| <input type="checkbox"/> I-551 (Tarjeta de residente permanente) | <input type="checkbox"/> I-20 (Certificado de elegibilidad para un estudiante no inmigrante (F-1)) con I-94 y un pasaporte extranjero vigente |
| <input type="checkbox"/> I-571 (Documento de viaje de refugiado) | <input type="checkbox"/> DS2019 (Certificado de elegibilidad de estudiante de intercambio (J-1) con un I-94 y un pasaporte extranjero vigente |
| <input type="checkbox"/> I-766 (Autorización de empleo) | <input type="checkbox"/> Otro documento con número de registro de extranjero o I-94 |
| <input type="checkbox"/> Visa de inmigrante que pueda leer por una máquina (con lenguaje temporal I-551) adjunto a un pasaporte extranjero vigente | |
| <input type="checkbox"/> Sello provisional I-551 (en el pasaporte o I-94) adjunto a un I-94 o un pasaporte extranjero vigente | |
| <input type="checkbox"/> I-94 (Registro de entrada/salida) con un pasaporte extranjero vigente | |

Envíe por correo la solicitud

El Centro oficial de procesamiento para el Seguro para Condiciones Preexistentes se encuentra en New Orleans, Louisiana. Mande su solicitud y los documentos pertinentes 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 mandaremos una carta que incluirá el monto de su prima mensual y las instrucciones para hacer el primer pago y completar el trámite de inscripción.

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

Ley de privacidad y aviso sobre la reducción de trámites

La Sección 1101 de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, la ley pública 111-148, nos autoriza a recolectar la información solicitada en este formulario. La información que nos proporcione le permitirá al 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 determinar su elegibilidad para el Seguro para Condiciones Preexistentes. Estamos obligados a pedirle su número de Seguro Social si usted nos ha informado que es un ciudadano estadounidense. Cotejaremos su información, así como su número de Seguro Social con la información en los registros federales, como los archivos del Seguro Social. La verificación se hará por computadora y se determinará si usted es elegible. Solamente los ciudadanos estadounidenses, los extranjeros nacionales de los Estados Unidos o aquellas personas que estén en los Estados Unidos legalmente pueden ser elegibles para el programa. Si usted no nos proporciona esta información, no podremos tomar una decisión sobre su solicitud.

Declaración de la Ley de reducción de trámites burocráticos. Esta recopilación de información cumple los requisitos del Código de los Estados Unidos 44 §3507, tal y como fue enmendado por la sección 2 de la Ley de reducción de trámites burocráticos de 1995. Usted no está obligado a responder estas preguntas a menos que le mostremos un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto. El número válido de OMB para conseguir esta información es 0938-1095. El tiempo estimado para leer las instrucciones, reunir los datos y responder las preguntas es aproximadamente una hora.

Usted puede enviar sus comentarios sobre el tiempo estimado para esta solicitud a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. Envíe a esta dirección solamente sus comentarios sobre el tiempo estimado. No envíe su solicitud.