

Instrucciones para Llenar su Solicitud para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes en 2011



El Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes ofrece una nueva opción de cobertura para las personas que han estado sin seguro por lo menos seis meses, tienen una condición preexistente o se les ha negado cobertura de salud a causa de su estado de salud y son ciudadanos o residen legalmente en los Estados Unidos. Por una prima mensual, el plan cubre una amplia gama de beneficios para la salud, incluyendo medicamentos recetados, atención primaria, especializada y hospitalaria. **A partir del 2011, el plan le ofrecerá tres opciones, la Opción Estándar, la Opción Extendida y la Opción de Cuenta de Ahorros Médicos.** Asegúrese de elegir la opción que mejor responda sus necesidades actuales o futuras. El plan no le cobrará una prima más alta por su condición médica.

Para aplicar, puede completar una solicitud en línea en www.pcip.gov. O, puede someter una solicitud por escrito, disponible en www.pcip.gov, o llamando al **1-866-717-5826** (TTY **1-866-561-1604**).

1. Imprima claramente con tinta azul o negra cuando llene esta solicitud.
2. Debe contestar todas las preguntas en esta solicitud y debe incluir copias de cualquier documento que le pedimos que nos envíe con su solicitud. No podemos procesar su solicitud a menos que la llene completamente. Si usted está ayudando a alguien a llenar esta solicitud, recuerde que debe contestar las preguntas sobre la persona que está solicitando cobertura.
3. Por favor, recuerde imprimir su nombre completo en la línea situada en la parte superior de las páginas 2, 3, y 4.
4. Usted debe firmar y fechar su solicitud en la página 4.
5. Revise la Lista de Comprobación para Someter su Solicitud en la página 5 para asegurarse de que su solicitud esté completa.
6. El Centro de Procesamiento Oficial para el Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes se encuentra en Nueva Orleans, Louisiana.
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**

7. Si es elegible, le notificaremos por correo con las instrucciones y la primera factura de su prima mensual para completar el proceso de inscripción. No envíe ningún pago con esta solicitud.
8. Si es elegible, pagará una prima mensual por una amplia gama de beneficios para la salud, incluyendo medicamentos recetados, atención primaria, especializada y hospitalaria. Las primas variarán según el estado y la edad. Por ejemplo, en el 2010 una persona de 50 años de edad pagará una prima mensual que varía de \$330 a \$556 dependiendo del estado donde vivan.
9. Si es elegible, tendrá acceso a los beneficios de cuidado preventivo (100% pagado, sin deducible) cuando vea un médico dentro de la red y su médico le dé un diagnóstico preventivo. Para cualquier otro tipo de cuidado tendrá que pagar un deducible para servicios dentro y fuera de la red, el cual varía según la opción del plan. La **Opción Estándar** tiene un deducible de \$2,000 dentro de la red/\$3,000 fuera de la red por el cuidado médico y un deducible de \$500 para medicamentos recetados en el formulario/\$750 fuera del formulario. La **Opción Extendida** tiene un deducible de \$1,000 dentro de la red/\$1,500 fuera de la red por el cuidado médico y un deducible de \$250 para medicamentos recetados en el formulario/\$375 fuera del formulario. La **Opción de Cuenta de Ahorros Médicos** tiene un deducible compuesto de \$2,500 dentro de la red/\$3,000 fuera de la red para el cuidado médico y medicamentos recetados.
10. Por favor, no dependa sólo de esta información. Visite www.pciplan.com para obtener más información sobre estas opciones incluyendo primas, beneficios y costos compartidos.
11. Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o si tiene alguna pregunta, por favor llame al **1-866-717-5826** (TTY **1-866-561-1604**) o visite www.pcip.gov.

SOLICITUD DE COBERTURA EN EL PLAN DE SEGURO PARA CONDICIONES PREEXISTENTES EN 2011

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
--------	--------	---------------

Dirección postal (sólo si su dirección permanente es diferente de su Domicilio Fijo)

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.

Por favor, 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 en la página 5 de esta solicitud.

Sección 4: Información sobre su Condición o Diagnóstico Médico.

Por favor, marque la casilla que le corresponda:

- 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 6 meses, o he recibido una carta en los últimos 6 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. (Debe proveer una copia de la carta de rechazo de la compañía de seguros, agente o representante.)
- He recibido una oferta de cobertura individual (no es cobertura ofrecida a través de un empleo) de una compañía de seguros en mi estado en los últimos 6 meses. Esta oferta tiene una cláusula que excluye la cobertura de mi condición médica. (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.)
- (SÓLO APLICABLE PARA UN NIÑO MENOR DE 19 AÑOS O PARA UNA PERSONA QUE VIVE EN MASSACHUSETTS O VERMONT)** Tengo una condición médica y he recibido una oferta de cobertura individual (no es cobertura ofrecida a través de un empleo) de una compañía de seguros de salud en mi estado en los últimos 6 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) para mi estado por la Opción Estándar del Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes. (Debe proveer una copia de la carta de la compañía de seguros que muestra la cotización que ofrece como prima por la cobertura individual. 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.

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Seguro individual o del empleador, incluyendo COBRA? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Medicare (Parte A y/o Parte B)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Medicaid? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP por su sigla en inglés)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Un fondo estatal de alto riesgo? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿TRICARE (seguro médico militar)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿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 por un estado o el Gobierno de los Estados Unidos? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿FEHBP (Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales y Jubilados), incluyendo Continuación Temporera de Cobertura (TCC)? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Plan de Beneficios de Salud para los trabajadores del Cuerpo de Paz? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Servicios prestados por el Servicio de Salud Indígena o por una organización tribal para tratar su condición médica? |



NOMBRE

También queremos saber sobre cualquier cobertura de salud que haya tenido en los últimos 12 meses. Si fue cubierto por más de dos compañías de seguros o proveedores de servicios en los últimos 12 meses, 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:		Número de Teléfono de la Compañía con Código de Área:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Nombre del empleador (si el seguro fue ofrecido por el empleador):	Fecha Inicial de Cobertura:	Fecha Final de Cobertura:	

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:		Número de Teléfono de la Compañía con Código de Área:	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Nombre del empleador (si el seguro fue ofrecido por el empleador):	Fecha Inicial de Cobertura:	Fecha Final de Cobertura:	

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. Elija su Opción de Plan para 2011

Por favor, marque la casilla de la opción del plan que elija:

- Opción Estándar 2011.** La Opción Estándar tiene un deducible de \$2,000 dentro de la red/\$3,000 fuera de la red por el cuidado médico y un deducible de \$500 para medicamentos recetados en el formulario/\$750 fuera del formulario. (Deducible más alto, primas más bajas)
- La Opción Extendida** tiene un deducible de \$1,000 dentro de la red/\$1,500 fuera de la red por el cuidado médico y un deducible de \$250 para medicamentos recetados en el formulario/\$375 fuera del formulario. (Deducible más bajo, primas más altas)
- La Opción de Cuenta de Ahorros Médicos** tiene un deducible compuesto de \$2,500 dentro de la red/\$3,000 fuera de la red para el cuidado médico y medicamentos recetados. (El deducible más alto, primas más bajas)

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

- 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.
- Entiendo que es mi responsabilidad informarle al Plan de Seguro para Condiciones Preexistentes de cualquier cobertura de salud que pueda obtener en el futuro.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

Firma	Fecha de Hoy
-------	--------------

Si usted es un padre o tutor legal o un representante autorizado del solicitante, debe firmar arriba y proporcionar la siguiente información:

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 Autorizado

Sección 7: Lista de Comprobación para Someter su Solicitud.

- He completado la solicitud y he respondido todas las preguntas.
- He puesto mi firma y fecha en esta solicitud.
- He incluido con esta solicitud una copia de la carta de una compañía de seguros negándome cobertura por mi condición específica. O, si aplica, he incluido una copia de la carta de una compañía de seguros que muestra la cotización de la prima que se me ofreció por cobertura.
- (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 de:
 - I-327 (Permiso de Reingreso)
 - I-551 (Tarjeta de Residente Permanente)
 - I-571 (Documento de Viaje de Refugiado)
 - I-766 (Documento de Autorización de Empleo)
 - Visa que puede ser leída por máquina (con lenguaje provisional I-551) acompañado con un pasaporte extranjero vigente
 - Sello Provisional I-551 (en pasaporte o I-94) acompañado por un I-94 o un pasaporte extranjero vigente
 - I-94 (Registro de Entrada/Salida) acompañado por un pasaporte extranjero vigente
 - Pasaporte Extranjero Vigente para los viajeros en el Programa de Exención de Visa
 - I-20 (Certificado de Elegibilidad de Inmigrante (F-1) Estado de Estudiante) acompañado por un I-94 y un pasaporte extranjero vigente
 - DS2019 (Certificado de Derecho al Estado de Visitante de Intercambio (J-1) Estado) acompañado por un I-94 y un pasaporte extranjero vigente
 - Otro documento con el número de registro de inmigrante o I-94

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.**