

Períodos de inscripción especial

¿Puedo inscribirme en un plan de seguro de salud del Mercado fuera del período de inscripción abierta?

A veces uno experimenta un cambio importante en la vida que además modifica las necesidades de cobertura de salud, como, por ejemplo, tener un hijo, perder su empleo o quedarse sin cobertura de salud. Por lo general, el período de inscripción abierta es el único momento en el que usted puede inscribirse en un nuevo plan de seguro de salud a través del Mercado de Seguros de Salud (por ejemplo, HealthCare.gov) o cambiar su plan actual. Pero si usted tiene un cambio grande en su vida, llamado “**evento de la vida**”, es posible que usted califique para un **período de inscripción especial**.

El período de inscripción especial le permite inscribirse en un nuevo plan de salud o cambiar de plan fuera del período de inscripción abierta. Es posible que también califique para un período de inscripción especial si ocurrió algo durante el período de inscripción abierta que le impidió obtener la cobertura adecuada. Esto se llama “**circunstancia especial**”. Consulte la lista completa de eventos de la vida y circunstancias especiales en las siguientes dos páginas.

Informe los cambios lo antes posible

Si considera que reúne los requisitos para un período de inscripción especial, o si hay algún cambio en sus ingresos, cantidad de integrantes en su hogar o cobertura de salud, usted debe informarlo lo antes posible. Hable con un asistente de inscripción o con un administrador de casos del Programa Ryan White, o comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.



Eventos de la vida

Son cosas que ocurren **después** de terminado el período de inscripción abierta. Usted tiene **60 días** desde la fecha del “evento de vida” para inscribirse en un nuevo plan de salud.

Su hogar cambia debido a lo siguiente:

- Matrimonio
- Nacimiento
- Adopción de un niño
- Colocación de un menor en cuidado temporal
- Obtención de un nuevo dependiente o convertirse en dependiente de otra persona debido a una orden judicial
- Pérdida de un dependiente o de la condición de dependiente por fallecimiento, divorcio o separación legal*

Usted pierde los siguientes tipos de cobertura de salud:

- Medicaid
- Children’s Health Insurance Plan (CHIP)
- Cobertura del plan de los padres por haber cumplido 26 años
- Plan de salud para estudiantes

Usted ha experimentado un cambio en el estatus de inmigración debido a lo siguiente:

- Se convirtió en ciudadano estadounidense o se nacionalizó estadounidense
- Se convirtió en una “persona legalmente presente”, lo que significa que no es ciudadano estadounidense pero tiene permiso para vivir o trabajar en los Estados Unidos

Usted pierde la cobertura de salud patrocinada por el empleador o no la puede pagar debido a lo siguiente:

- Pierde o renuncia a su empleo
- Finaliza la cobertura COBRA
- Se reduce su horario laboral
- El plan de salud de su empleador ya no cumple con los estándares de “accesibilidad” y “valor mínimo” debido a un aumento en el monto que usted debe pagar o un cambio en su hogar o en sus ingresos
- Usted se muda fuera del área del servicio de su plan de seguro de salud, ya sea que su plan se brinde a través del Mercado o de un empleador
- Su plan de salud ya no está disponible a través del Mercado de Seguros de Salud



¿Se casa o se muda?

Si es la primera vez que se inscribe en un plan del Mercado, deberá presentar documentos para verificar su evento de vida. El Mercado se comunicará con usted para darle instrucciones.

Usted se muda de forma permanente a un área nueva (por ejemplo, estado, país) donde están disponibles nuevos planes de salud:

- Informe su nueva dirección al Mercado para averiguar si califica
- Usted puede informar su nueva dirección dentro de los 60 días anteriores a su mudanza como máximo para evitar una etapa de falta de cobertura
- Los estudiantes y trabajadores temporarios que se mudan también podrán ser elegibles

Se modifican sus ingresos o la cantidad de integrantes de su hogar, y esto:

- Cambia si usted es elegible o no para recibir ayuda financiera para la cobertura del Mercado, como por ejemplo créditos fiscales para las primas (PTC) o reducciones del costo compartido (CSR)*
- Le causa la pérdida de su exención por dificultad económica del Mercado.

Algo le impidió inscribirse durante el período de inscripción abierta:

- Tuvo una condición médica grave, por ejemplo, una hospitalización inesperada o una discapacidad cognitiva temporaria.
- Experimentó un desastre natural grave, por ejemplo, terremoto, inundación masiva o huracán.
- Estuvo preso.
- Experimentó maltrato doméstico, violencia doméstica, o lo abandonó su cónyuge, y ahora desea inscribirse en su propio plan de salud separado del abusador o de la persona que lo abandonó.

**Estos períodos de inscripción especial SOLO aplican a personas que están actualmente inscritas en un plan de salud calificado.*

Circunstancias Especiales

Por lo general, se trata de cosas que pasaron **durante** el período de inscripción abierta cuando usted se inscribió en un plan que pudieron haberle impedido obtener la cobertura adecuada. Usted tiene **60 días** a partir de la fecha de la circunstancia especial para inscribirse en un nuevo plan de salud.

Su elegibilidad cambió desde que usted solicitó lo siguiente:

- Usted solicitó la inscripción en Medicaid o CHIP durante el período de inscripción abierta, y su agencia estatal de Medicaid o CHIP decidió que usted no era elegible después de que terminó el período de inscripción abierta
- Usted vive en un estado que decidió no expandir Medicaid y sus ingresos aumentan más de 100% del FPL, que lo convierte en recientemente elegible para recibir asistencia financiera (créditos fiscales para las primas o reducciones del costo compartido)
- Presenta una apelación exitosa al Mercado porque usted considera haber recibido una determinación de elegibilidad incorrecta o una fecha incorrecta de entrada en vigencia de la cobertura

Alguien que lo ayudó a inscribirse en la cobertura cometió un error:

- Un error, una conducta inapropiada o la falta de acción de un asistente de inscripción dio como resultado que usted no se inscribiera, que no esté inscrito en el plan de salud que eligió, o que no reciba la ayuda financiera para la que calificaba.

Ocurrió un error técnico cuando solicitó la cobertura y:

- No pudo inscribirse en un plan
- Su compañía de seguro de salud no recibió su información de inscripción
- Usted vio información del plan errónea, por ejemplo, información sobre los beneficios o costos compartidos, en el momento que eligió su plan de salud

Otras situaciones:

- Su plan de salud calificado violó considerablemente su contrato con usted. Si usted considera que su plan de salud no cumple con los términos del contrato, comuníquese con el Mercado en HealthCare.gov o su mercado de cobertura de salud local para verificar si usted es elegible para inscribirse en otro plan de

Si desea obtener más información sobre situaciones complicadas en las que usted calificaría para un Período de Inscripción Especial, vea lo siguiente:

www.healthcare.gov/sep-list



Usted no tendrá acceso a un período de inscripción especial si:

- Dejó voluntariamente otra cobertura (por ejemplo, un plan patrocinado por el empleador)
- No pagó la prima mensual del seguro de salud
- Pasó a ser elegible recientemente para recibir asistencia financiera (créditos fiscales para las primas o reducciones del costo compartido), pero no estaba previamente inscrito en un plan del Mercado
- Su cobertura de salud más reciente no cumple con los estándares mínimos de cobertura esencial
- Cometió fraude al seguro (no un error) en su solicitud.

Los períodos de inscripción especial aquí enumerados aplican en todos los estados de EE. UU. Los siguientes estados pueden tener períodos de inscripción especial: California, Colorado, Connecticut, Distrito de Columbia, Idaho, Maryland, Massachusetts, Minnesota, Nueva York, Rhode Island, Vermont y Washington.

Si desea obtener más información, vaya a www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state o consulte con un asistente de inscripción.



El Centro de Asistencia Técnica para la Inscripción en Cobertura Médica a Bajo Costo (ACE) ayuda a los proveedores del Programa Ryan White sobre el VIH/SIDA para que sus diversos clientes contraten seguro de salud. Para obtener más información, visite www.targethiv.org/ACE

Este documento fue preparado por JSI Research & Training Institute, Inc. y financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS) según el convenio de subsidio No. U69HA30143, Financiación de la continuidad asistencial: Promoción de la capacidad de las organizaciones subsidiadas para inscribir a clientes que cumplen con los requisitos para participar en los programas de cobertura de salud de la Ley de Atención Médica Asequible (ACA). La traducción y adaptación de este pamflete fue posible con la colaboración de El Consejo Nacional de la Raza (NCLR). Esta información y las conclusiones expresadas pertenecen a sus autores y no deberán interpretarse como postura o política oficial, ni tampoco implican ningún respaldo por parte de HRSA, HHS ni el gobierno de los EE.UU.



A partir del año 2019,

las personas que califican para un período de inscripción especial (SEP, por sus siglas en inglés) y desean cambiar de plan deben elegir un plan con el mismo nivel de metal, o categoría del plan, que su plan actual. Por ejemplo, si ya está inscrito en un plan de nivel Gold y desea cambiarse de plan, es posible que quede limitado a otros planes de nivel Gold hasta el próximo período de inscripción abierta.

Este cambio aplica a personas que califican para un Período de Inscripción Especial (SEP) a través de los escenarios más comunes, como son la pérdida del seguro de salud, la mudanza a un nuevo hogar, o el cambio de integrantes del hogar. Algunos escenarios complejos, como aquellos que surgen de una declaración falsa o un error en la información del plan, no limitan su posibilidad de elegir un nuevo plan durante un SEP.