

Períodos Especiales de Inscripción

¿Puedo inscribirme en un plan del Mercado de Seguros Médicos (Marketplace) fuera del periodo de Inscripción Abierta?

En ocasiones, usted puede experimentar un cambio importante en su vida que también modifica sus necesidades de cobertura médica, como tener un bebé, cambiar de empleo o perder su cobertura de salud. Normalmente, el Período de Inscripción Abierta anual, que comienza el 1° de noviembre de cada año, es el único momento en el que puede inscribirse para un plan de salud a través del Mercado de Seguros Médicos (p.ej., HealthCare.gov).

Si sus circunstancias cambian durante el año, usted puede calificar para el **Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés)**, que le permite solicitar una cobertura del Mercado de Seguros Médicos o cambiar su plan actual fuera del Periodo de Inscripción Abierta. También es posible que califique para un SEP si sucedió algo durante el período de Inscripción Abierta que no le permitió recibir una cobertura adecuada.

Esta hoja informativa detalla los eventos que pueden darle derecho a un SEP.

Si cree que puede ser elegible para un SEP, o si se producen cambios en sus ingresos, en el tamaño de su hogar o en su cobertura médica, debe comunicarse con el servicio de atención al cliente del Mercado de Seguros Médicos para informar esta situación cuanto antes. Además, informe sobre estos cambios al Program Ryan White de VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés), ya que podría afectar los servicios de RWHAP que recibe.



Eventos de la Vida Calificadores

Los “eventos de la vida calificadores” son cambios en su situación personal que pueden hacerle elegible para un SEP a través de Healthcare.gov¹. Es posible que se aplique más de un SEP a su situación. En la mayoría de los casos, dispone de 60 días a partir de la fecha de un evento de vida calificador para inscribirse en un plan del Mercado de Seguros Médicos o realizar cambios en su cobertura actual. La cobertura suele comenzar el primer día del mes siguiente a la elección de su nuevo plan.

Su hogar cambia porque:

- Usted contrae matrimonio
- Usted tiene un bebé o adopta un niño/a
- Usted es adoptado/a
- Usted entrega un niño/a en adopción o en cuidados de acogida
- Usted incorpora un nuevo dependiente o pasa a ser dependiente de otra persona, por cuidados de acogida o una orden judicial

Pierde la cobertura de salud porque:

- Usted ya no es elegible para Medicaid o para el Plan de Seguro Médico para Niños (CHIP)²
- Usted pierde su empleo o renuncia, o se reducen sus horas de trabajo
- Expira su cobertura COBRA
- Usted se divorcia o se separa legalmente
- Alguien de su familia fallece
- Usted ya no es considerado/a un «dependiente»
- Usted ya no es elegible para la cobertura del plan de salud de sus padres porque cumplió 26 años
- Usted ya no es elegible para un plan de salud para estudiantes
- Su plan de salud ya no está disponible

Pierde o ya no puede pagar la cobertura médica patrocinada por su empleador porque:

- Su empleador dejó de hacer aportes a su cobertura COBRA
- El plan de salud de su empleador ya no cumple con los estándares de «[asequibilidad](#)» y «[valor mínimo](#)»
- Los ingresos de su hogar³ cambiaron

Obtiene acceso a nuevos planes del Mercado de Seguros Médicos debido a un cambio en su lugar de residencia, como por ejemplo:

- Mudarse a una nueva zona dentro de la misma ciudad, condado o estado
- Mudarse a otro estado
- Mudarse por un empleo estacional
- Mudarse desde o hacia el estado en el que usted vive y estudia
- Mudarse con sus padres u otros familiares como dependiente (NOTA: no es necesario que sea un dependiente fiscal)
- Mudarse desde o hacia un refugio u otra vivienda de transición

Su derecho a recibir ayuda económica a través del Mercado de Seguros Médicos cambia porque:

- Usted pasa a ser elegible o no elegible para Créditos Tributarios de la Prima (APTC, por sus siglas en inglés) debido a un cambio del tamaño o los ingresos del hogar
- Usted pasa a ser elegible para Reducciones de los Gastos Compartidos (CSR, por sus siglas en inglés), o pasa a ser elegible para otro nivel de CSR, debido a un cambio del tamaño o los ingresos de su hogar
- Usted se muda fuera del «período sin cobertura de Medicaid»
- Usted accede o mantiene su condición de miembro de una tribu de Nativos Americanos con reconocimiento federal o de parte interesada de una Corporación de la Ley de Resolución de Reclamos de los Nativos de Alaska
- Sus ingresos son iguales o inferiores al 150% Nivel Federal de Pobreza (FPL) y usted es elegible para APTC (hasta el año 2025 del plan)

¹ Los estados con Mercado de Seguros Médicos estatales pueden tener otros eventos de vida calificadores que no figuran en esta hoja informativa.

² Los clientes que declaren haber perdido Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024 son elegibles para inscribirse en un plan del Mercado de Seguros Médicos en cualquier momento durante ese período. A partir del 1 de enero de 2024, el SEP por perder Medicaid o CHIP está disponible 60 días antes y 90 días después de la pérdida de cobertura.

³ Los miembros de la familia del empleado pueden tener derecho a un SEP si el costo de la cobertura familiar supera el límite de “asequibilidad”, incluso si la cobertura del empleado sigue considerándose “asequible”.

PERÍODOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Usted se convierte en elegible para inscribirse en el Mercado de Seguros Médicos porque:

- Adquiere la condición de inmigrante «[legalmente presente](#)»
- Usted es liberado/a de prisión

Algo le impidió inscribirse en la cobertura adecuada:

- Una circunstancia excepcional, como una condición médica grave o un desastre declarado por FEMA, no le permitió inscribirse
- Sufrió maltrato doméstico, violencia doméstica o abandono conyugal, y ahora quiere inscribirse en su propio plan de salud separado de su abusador o cónyuge
- Solicitó Medicaid o CHIP durante la inscripción abierta o un SEP y la agencia estatal de Medicaid o CHIP determinó que no cumplía los requisitos una vez finalizado el periodo de inscripción.
- Un error técnico u otro problema relacionado con el Mercado de Seguros Médicos no le permitieron inscribirse a tiempo en el plan que eligió (p.ej., usted se había inscrito en un plan equivocado; recibió información incorrecta del Mercado de Seguros Médicos, de un agente o de un asistente para la inscripción; el sitio web del Mercado de Seguros Médicos tenía información incorrecta sobre los beneficios de los planes, la red o los costos)
- El Mercado de Seguros Médicos canceló su cobertura porque no cumplió el plazo para presentar documentos adicionales para verificar su elegibilidad, pero finalmente presenta los documentos una vez transcurrido el plazo y se le considera elegible

Otras situaciones:

- Su plan del Mercado de Seguros Médicos no cumplió de forma significativa el contrato que tenía con usted. Si piensa que su plan de salud no cumplió los términos del contrato, contacte al centro de atención telefónica del Mercado de Seguros Médicos para averiguar si reúne los requisitos para inscribirse en un plan de salud diferente
- Usted gana una apelación del Mercado de Seguros Médicos porque recibió una determinación de elegibilidad incorrecta o una fecha incorrecta de entrada en vigencia de la cobertura

Usted no tendrá una SEP si:

- Canceló voluntariamente otra cobertura (con ciertas excepciones, como renunciar al empleo)
- Perdió la cobertura porque no pagó su prima mensual del seguro médico a tiempo
- Usted cometió un fraude en la solicitud de su seguro

Los SEP enumerados aquí corresponden a estados que utilizan Healthcare.gov. Los estados que usan su propio Mercado de Seguros Médicos basado en el estado podrían tener otros SEP disponibles.

Ingrese a www.healthcare.gov/marketplace-in-your-state o comuníquese con un asistente para la inscripción o a un administrador de casos del RWHAP para conocer más.

Los miembros actuales del Mercado de Seguros Médicos que califican para un SEP y quieren cambiar de plan tal vez tengan que escoger un plan de la misma categoría que su plan actual. Por ejemplo, si usted ya está inscripto/a en un plan Gold, puede tener la limitación de tener que elegir otro plan Gold hasta el siguiente Período de Inscripción Abierta.

Algunas situaciones escenas complejas, como las causadas por circunstancias excepcionales o un error en la presentación del plan, no limitan su posibilidad de elegir un nuevo plan durante un SEP.





El Centro TA de Acceso, Atención y Compromiso (ACE) tiene como objetivo ayudar a los recipientes y subrecipientes del Programa Ryan White de VIH/SIDA a apoyar a sus clientes, especialmente a las personas de color, a navegar por el entorno de la atención médica a través de la inscripción en la cobertura médica y la mejora de los conocimientos sobre salud. Para más información, visite: www.targetshiv.org/ACE.



Este recurso es/ha sido elaborado por JSI Research & Training Institute, Inc. y cuenta con el apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE.UU. bajo el número de subvención U69HA30143: Building Programa Ryan White de VIH Recipient Capacity to Engage People Living with HIV in Health Care Access. Esta información o contenido y conclusiones son los del autor y no deben interpretarse como la posición o política oficial de, ni debe inferirse ningún respaldo por parte de HRSA, HHS o del Gobierno de EE.UU.