

**REFERENCE
CHART**

Tabla de referencia sobre los períodos especiales de inscripción

Guía sobre los factores desencadenantes y los plazos de los períodos especiales de inscripción

El período de inscripción abierta del mercado es el momento del año en el que las personas pueden inscribirse por primera vez en un plan o cambiarse a otro plan a través del Mercado de Salud. Sin embargo, ciertos eventos que ocurren durante el año pueden desencadenar un período especial de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés), en el que una persona puede inscribirse por primera vez en un plan del mercado o cambiarse a otro plan fuera del período de inscripción abierta.

En esta tabla, se mencionan los diversos eventos que pueden desencadenar un SEP en el mercado, los plazos en los que las personas pueden acceder a esos SEP y cuándo entra en vigencia la cobertura mediante un SEP en particular. Al usar esta tabla, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- ▶ En la tabla, se presentan todos los SEP disponibles en virtud de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), pero se hace hincapié en cómo se implementan los SEP en los estados que tienen un Mercado facilitado federalmente (FFM, por sus siglas en inglés) o que dependen de la plataforma CuidadoDeSalud.gov. Los Mercados estatales (SBM, por sus siglas en inglés) pueden tener otras oportunidades especiales de inscripción que no figuran en la tabla, y, en general, los estados pueden establecer sus propias reglas en la medida en que protejan más a las personas.
- ▶ Aunque la tabla se centra en la cobertura del mercado, la mayoría de los eventos mencionados en la tabla también desencadenan un SEP en el mercado de seguros médicos individuales fuera del Mercado de Salud. Las excepciones son aquellas situaciones relacionadas con lo siguiente: cambios en la elegibilidad para el crédito fiscal anticipado para las primas o la reducción de los costos compartidos, estatus de inmigración, encarcelamiento, estatus de indígena estadounidense y nativo de Alaska (AI/AN, por sus siglas en inglés), errores en visualización del plan, resolución de problemas de coincidencia de datos y circunstancias excepcionales.
- ▶ Muchos SEP se desencadenan cuando una persona o un miembro de su familia tiene un evento calificado. En la tabla, se indican los SEP que puede desencadenar un miembro de la familia de una persona, que generalmente desencadenarán un SEP para todos los miembros del grupo familiar que califiquen como dependientes para los fines del SEP, y los SEP que solo puede desencadenar una persona calificada y/o alguien que esté actualmente inscrito en la cobertura del Mercado de Salud.
- ▶ Las personas declaran que la información que proporcionan en sus solicitudes sobre su elegibilidad para un SEP es verdadera. En los estados que usan la plataforma CuidadoDeSalud.gov, las personas no están obligadas a presentar documentos de respaldo para confirmar su elegibilidad para el SEP en el caso de eventos calificados que no sean la pérdida de la cobertura. Las personas elegibles para el SEP temporal para la revisión del proceso de elegibilidad (“unwinding”) no tendrán que presentar documentación. Las personas que se inscriban por primera vez en un plan del Mercado de Salud mediante el SEP por pérdida de la cobertura estarán sujetas a un proceso de verificación antes de la inscripción para que su cobertura pueda entrar en vigencia. CuidadoDeSalud.gov usará fuentes de datos electrónicos para verificar automáticamente la pérdida de la cobertura en algunos casos; en otros, es posible que se pida a los solicitantes que presenten documentación adicional para verificar el SEP. Las personas pueden elegir un plan antes de presentar la prueba, pero su inscripción quedará “pendiente” hasta que se verifique su elegibilidad para el SEP. Una vez que se haya verificado la elegibilidad, la persona deberá pagar la prima del primer mes, y la cobertura generalmente entrará en vigencia según el momento en que la persona

seleccionó su plan. Tenga en cuenta que una persona no podrá pagar la prima del primer mes hasta que se verifique su elegibilidad para el SEP. Las reglas federales exigen la verificación antes de la inscripción solo en los estados que usan la plataforma CuidadoDeSalud.gov. Las personas en los estados con SBM deben consultar la información sobre sus procedimientos de verificación para el SEP. Para obtener más información, consulte en CuidadoDeSalud.gov la sección sobre cómo [confirmar un período especial de inscripción](#).

- ▶ A partir de 2019, entraron en vigencia las limitaciones de selección de planes en cuanto al uso de SEP para las personas actualmente inscritas en un plan del Mercado de Salud en los estados que usan CuidadoDeSalud.gov. Esas restricciones no se aplicarán a todos los SEP y no se aplicarán en el mercado individual fuera del mercado. Los estados con SBM pueden tardar más en implementar esas restricciones.
- ▶ Los plazos del SEP pueden ampliarse para las personas afectadas por el COVID-19 u otras [circunstancias excepcionales](#). Incluso si cree que usted o una persona a la que está ayudando a inscribirse en la cobertura no cumplió el plazo para inscribirse en la cobertura según un SEP, es posible que aún pueda obtener cobertura. Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado de Salud al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325) para determinar si es posible obtener una ampliación del SEP.

Términos clave incluidos en la Tabla de referencia sobre los SEP

Persona calificada: Persona que cumple con los criterios para inscribirse a través del Mercado de Salud porque no está encarcelada, tiene un estatus de inmigración legalmente presente y reside en un estado en el que opera el mercado. Este término incluye a los afiliados y a los dependientes del Mercado de Salud (consulte las definiciones a continuación), como también a las personas que son elegibles para los créditos fiscales para las primas. (No es necesario que la persona calificada sea quien presente la solicitud).

Dependiente (para los fines del SEP): Persona elegible para inscribirse en un plan de salud con una persona calificada según los términos del plan de salud. Puede tratarse de un cónyuge, un hijo u otro familiar, y no tiene que ser necesariamente un dependiente fiscal.

Afiliado: Persona inscrita en un plan de salud autorizado.

Plan de salud autorizado (QHP, por sus siglas en inglés): Plan ofrecido en el mercado individual que está certificado por el Mercado de Salud y cumple con ciertos estándares de beneficios y costos compartidos establecidos en la ACA. Todos los planes que se venden en el Mercado de Salud son QHP.

Cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés): Toda cobertura médica que cumpla con ciertos estándares de beneficios y costos compartidos. La mayoría de los seguros, como la cobertura que ofrecen los empleadores, Medicare y la mayor parte de Medicaid, se consideran MEC, y todos los QHP se consideran MEC. Para obtener más información, consulte la [Tabla de referencia sobre la MEC](#). (Solo en Inglés.)

Requisito de cobertura previa: La elegibilidad para ciertos SEP requiere que la persona que tiene un evento calificado esté inscrita en la MEC antes del evento calificado para desencadenar el SEP. Algunos SEP exigen que la persona haya estado inscrita en la MEC durante, al menos, un día en los 60 días anteriores al evento calificado para poder ser elegible para el SEP. Otros SEP solo son desencadenados por las personas actualmente inscritas en un QHP. No todos los SEP tienen un requisito de cobertura previa, y en la tabla se describen los requisitos específicos de cobertura previa, si los hubiera, para cada SEP.

Disponibilidad anticipada: En el caso de ciertos eventos calificados, las personas elegibles para inscribirse en un plan o cambiar de plan mediante un SEP disponen de 60 días antes del evento calificado para seleccionar un plan (además de los 60 días habituales después del evento calificado para seleccionar un plan). Esto puede ayudar a las personas a establecer una cobertura médica con anticipación cuando sepan que ocurrirá un cambio, de modo que no tengan una brecha de cobertura.

Opción de mercado: El gráfico establece todos los SEP disponibles en virtud de la ACA, pero se centra en cómo CuidadoDeSalud.gov está aplicando estas normas, y señala que hay una opción que permite a los Mercados de Salud estatales para variar la forma de aplicar las normas. Los estados que utilizan CuidadoDeSalud.gov no pueden aplicar estas variaciones. Las personas en SBM deben consultar con el Mercado de Salud en su estado para confirmar qué opciones han seleccionado.

Limitaciones de selección de planes para los afiliados actuales del Mercado de Salud: Las personas actualmente inscritas en un plan del Mercado de Salud que sean elegibles para ciertos SEP y deseen usar ese SEP para inscribirse en un plan diferente tendrán restricciones en sus opciones de selección de planes según el nivel de metal de su plan actual y el tipo de SEP para el que sean elegibles. En la tabla, se indican los detalles de las restricciones, pero, en general, las personas actualmente inscritas en un plan del Mercado de Salud solo podrán usar un SEP para cambiar de plan en el mismo nivel de metal que su plan actual. Si el dependiente de un afiliado tiene un evento calificado que desencadena un SEP, el dependiente puede usar su SEP para unirse al plan actual del afiliado, incluso si no se desencadena un SEP para el mismo afiliado, o bien el dependiente puede inscribirse en un plan por separado en cualquier nivel de metal. Esas restricciones solo se aplicarán a ciertos SEP, como se indica en la tabla, y no se aplicarán en el mercado individual fuera del mercado.

SEP concedido generalmente por: La mayoría de los SEP se conceden al responder ciertas preguntas directamente en la solicitud del Mercado de Salud, pero ciertos SEP solo pueden ser concedidos por un representante del Centro de Llamadas del Mercado de Salud o por un trabajador social de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés). La asistencia de los trabajadores sociales puede solicitarse mediante el Centro de Llamadas. En la tabla, se indica si un SEP está disponible mediante la solicitud del Mercado de Salud en CuidadoDeSalud.gov o si el SEP tiene que ser concedido por el Centro de Llamadas o un trabajador social. Las personas en los estados con SBM deben consultar con su SBM para saber cómo acceder a un SEP determinado.

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA CALIFICADA					
<p>Proceso de “unwinding”/pérdida de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés)</p> <p><i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pierde Medicaid o CHIP en algún momento entre el 3/31/23 y el 7/31/24 Da tiempo a las personas que pierden la cobertura durante el proceso de “unwinding” del requisito de cobertura continua de Medicaid para inscribirse en un plan del Mercado de Salud <p><i>Disponible en los estados con CuidadoDeSalud.gov y opcional en los estados con SBM</i></p>	<p>Sí - Se debe declarar la pérdida de Medicaid/CHIP en el período correspondiente</p>	<p>Se puede solicitar hasta 60 días ANTES del último día de cobertura ; o en algún momento entre el 3/31/23 y el 7/31/24</p> <p><i>Se debe seleccionar un plan en el plazo de 60 días a partir de la presentación de la nueva solicitud o la actualización de la existente</i></p>	<p><i>Si la otra cobertura finaliza a mediados de mes y la selección del plan se realiza antes del día 1 del mes en el que ocurrirá la pérdida, entrará en vigencia el día 1 del mes en el que ocurra la pérdida de la cobertura ; o el día 1 del mes siguiente a la selección del plan</i></p>	<p>NO</p>	<p>Solicitud del Mercado de Salud</p>
<p>Pérdida de la cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés)</p> <p><i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Pierde la cobertura del empleador debido a, por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> → Pérdida del empleo → Renuncia voluntaria a un empleo → Reducción de la jornada laboral que provoca la pérdida de la elegibilidad para el plan del empleador → Suspensión del plan del empleador Pierde la elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) [consulte a continuación el cambio en los plazos a partir del 1/1/24] COBRA, por sus siglas en inglés Se cancela el plan no grupal Pierde la elegibilidad para el plan de salud estudiantil que se considera MEC. Pierde la cobertura por divorcio o separación legal Pierde la cobertura por dejar de ser dependiente Pierde la elegibilidad para la cobertura en el plan de uno de sus padres Pierde la cobertura por el fallecimiento de otra persona de la familia Se descertifica el QHP actual Deja de vivir, trabajar o residir en el área del plan Debe pagar el costo total de la cobertura en virtud de COBRA debido a la finalización de las contribuciones del empleador a la cobertura en virtud de COBRA <p><i>La “pérdida de la MEC” no incluye la baja voluntaria de la cobertura ni la cancelación por parte del asegurador debido al incumplimiento del pago las primas por parte del afiliado</i></p>	<p>Sí - Pérdida de la cobertura en los próximos 60 días o pérdida de la cobertura en los últimos 60 días</p>	<p>Hasta 60 días ANTES y DESPUÉS de la pérdida de la cobertura</p>	<p><i>Si la otra cobertura finaliza a mediados de mes y la selección del plan se realiza antes del día 1 del mes en el que ocurrirá la pérdida, entrará en vigencia el día 1 del mes en el que ocurra la pérdida de la cobertura; o bien el día 1 del mes siguiente a la pérdida de la cobertura anterior; o el día 1 del mes siguiente a la selección del plan</i></p>	<p>Sí- Mismo nivel de metal que el plan actual ¹</p> <p>Si el dependiente usa el SEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	<p>Solicitud del Mercado de Salud</p>

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
VIGENTE A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2024					
Pérdida de la MEC: Pérdida de la elegibilidad para Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) <i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Pierde la elegibilidad para Medicaid o CHIP 	SÍ - Pérdida de la cobertura en los próximos 60 días o pérdida de la cobertura en los últimos 90 días.	Hasta 60 días ANTES y 90 días DESPUÉS de la pérdida de la cobertura	<i>Igual que para la pérdida del SEP para la MEC</i>	<i>Igual que para la pérdida del SEP para la MEC</i>	Solicitud del Mercado de Salud
Pérdida de la cobertura relacionada con el embarazo <i>Persona calificada o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Pierde la cobertura de los servicios relacionados con el embarazo prestados mediante Medicaid Pierde la cobertura de los servicios relacionados con el embarazo prestados mediante la opción "bebé en gestación" de CHIP <i>El SEP se aplica independientemente de si la cobertura relacionada con el embarazo califica como MEC</i>	SÍ - Pérdida de la cobertura en los próximos 60 días o pérdida de la cobertura en los últimos 60 días	Hasta 60 días ANTES y DESPUÉS de la pérdida de la cobertura	<i>Si la otra cobertura finaliza a mediados de mes y la selección del plan se realiza antes del día 1 del mes en el que ocurrirá la pérdida, entrará en vigencia el día 1 del mes en el que ocurra la pérdida de la cobertura; o bien el día 1 del mes siguiente a la pérdida de la cobertura anterior; o el día 1 del mes siguiente a la selección del plan</i>	SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹ <i>Si el dependiente usa el SEP:</i> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del Mercado de Salud
Pérdida de Medicaid para personas con necesidades médicas <i>Persona calificada o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Pierde la cobertura de Medicaid para personas con necesidades médicas (puede denominarse "Medicaid spenddown") Pierde la cobertura hasta que se alcance un nuevo monto de spenddown, si está inscrito en Medicaid spenddown para personas con necesidades médicas <i>El SEP se aplica independientemente de si la cobertura para personas con necesidades médicas califica como MEC</i>	SÍ - Pérdida de la cobertura en los próximos 60 días o pérdida de la cobertura en los últimos 60 días	Hasta 60 días ANTES y DESPUÉS de la pérdida de la cobertura	<i>Si la otra cobertura finaliza a mediados de mes y la selección del plan se realiza antes del día 1 del mes en el que ocurrirá la pérdida, entrará en vigencia el día 1 del mes en el que ocurra la pérdida de la cobertura; o bien el día 1 del mes siguiente a la pérdida de la cobertura anterior; o el día 1 del mes siguiente a la selección del plan.</i>	SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹ <i>Si el dependiente usa el SEP:</i> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del Mercado de Salud
Fin del plan de año no calendario <i>Afiliado o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Inscrito en un plan del mercado individual (no grupal) o grupal que llega al final del año del plan en un mes que no sea diciembre <i>El SEP se aplica aunque exista la opción de renovar el plan de año no calendario</i>	SÍ - Inscrito en un plan de año no calendario que finaliza, aunque tenga la opción de renovarlo	Hasta 60 días ANTES y DESPUÉS del último día del año del plan	<i>Si la otra cobertura finaliza a mediados de mes y la selección del plan se realiza antes del día 1 del mes en el que ocurrirá la pérdida, entrará en vigencia el día 1 del mes en el que ocurra la pérdida de la cobertura; o bien el día 1 del mes siguiente a la pérdida de la cobertura anterior; o el día 1 del mes siguiente al último día del año del plan</i>	<i>Si el dependiente usa el SEP:</i> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del Mercado de Salud

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
CAMBIO EN LA CANTIDAD DE INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR					
Matrimonio <i>Persona calificada o afiliado:</i> <ul style="list-style-type: none"> Se casa 	SÍ- AL MENOS, UN CÓNYUGE: Estuvo inscrito en la MEC, al menos, 1 día de los 60 días anteriores al matrimonio, o bien cumplió con los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> Vivió en el extranjero, al menos, 1 día de los 60 días anteriores al matrimonio Es indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/ AN) Vivió en un área de servicio sin venta de QHP en el Mercado de Salud durante el período de inscripción disponible más reciente o durante los 60 días anteriores 	Hasta 60 días DESPUÉS del matrimonio	El día 1 del mes siguiente a la selección del plan	SÍ - Agregar al cónyuge al plan actual ² o <ul style="list-style-type: none"> Inscribir al cónyuge en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del Mercado de Salud
Nacimiento, adopción, colocación en adopción o crianza temporal, u orden judicial <i>Persona calificada o afiliado:</i> <ul style="list-style-type: none"> Tiene un bebé (incluidos los padres que no dan a luz físicamente) Adopta a un niño o es adoptado Adquiere un dependiente o se convierte en dependiente mediante la colocación en crianza temporal Adquiere un dependiente o se convierte en dependiente mediante una orden de manutención de menores u otra orden judicial 	NO	Hasta 60 días DESPUÉS del nacimiento, la adopción, la colocación o la orden judicial	Fecha de nacimiento, adopción o colocación, o fecha de entrada en vigencia de la orden judicial; o bien el día 1 del mes siguiente a la selección del plan. <i>La fecha retroactiva es la predeterminada: llame al Centro de Llamadas del Mercado para solicitar una opción diferente</i>	SÍ - Agregar a un nuevo dependiente al plan actual ² o <ul style="list-style-type: none"> Inscribir a un nuevo dependiente en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del Mercado de Salud
OPCIÓN DE SBM (NO DISPONIBLE EN CUIDADODESALUD.GOV EN ESTE MOMENTO) Defunción <ul style="list-style-type: none"> El afiliado o un dependiente fallece <i>Si el afiliado fallece, se desencadena un SEP para los dependientes del afiliado</i>	SÍ - Actualmente inscrito en la cobertura del Mercado de Salud	Hasta 60 días DESPUÉS del fallecimiento	El día 1 del mes siguiente a la selección del plan	n/a	n/a

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
<p>OPCIÓN DE SBM (NO DISPONIBLE EN CUIDADODESALUD.GOV EN ESTE MOMENTO)</p> <p>Divorcio o separación legal</p> <p><i>Afiliado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se divorcia o se separa legalmente Pierde un dependiente por divorcio o separación legal Pierde un dependiente por una orden de manutención de menores u otra orden judicial 	<p>SÍ - Actualmente inscrito en la cobertura del Mercado de Salud</p>	<p>Hasta 60 días DESPUÉS del divorcio o la separación legal</p>	<p>Consultar en el SBM</p>	<p>n/a</p>	<p>n/a</p>
CAMBIO EN EL LUGAR DE RESIDENCIA PRINCIPAL					
<p>Mudanza permanente</p> <p><i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Obtener acceso a nuevos QHP como resultado de una mudanza permanente <ul style="list-style-type: none"> Mudarse en la misma ciudad, el mismo condado o estado, siempre que haya un conjunto diferente de QHP disponibles. Mudarse a otro estado Un hijo u otro dependiente se muda a la casa de los padres Un estudiante se muda hacia o desde el lugar donde asiste a la escuela Mudarse por un empleo estacional, pero mantener otro hogar en otro lugar (como un trabajador agrícola estacional). Mudarse hacia o desde un albergue u otra vivienda de transición Mudarse permanentemente a EE. UU. después de vivir fuera del país o en un territorio estadounidense <p><i>Una mudanza temporal o de corta duración para recibir tratamiento médico o por vacaciones no se considera una mudanza permanente (consulte las preguntas frecuentes sobre la mudanza permanente). (Solo en Inglés.)</i></p>	<p>SÍ - Estuvo inscrito en la MEC, al menos, 1 día de los 60 días anteriores a la mudanza; o bien cumplió con los siguientes requisitos</p> <ul style="list-style-type: none"> Mudarse desde el extranjero Se AI/AN Vivió en un área de servicio sin venta de QHP en el Mercado de Salud durante el período de inscripción disponible más reciente o durante los 60 días anteriores 	<p>Hasta 60 días DESPUÉS de la mudanza</p> <hr/> <p>OPCIÓN DE SBM</p> <p>Hasta 60 días ANTES de la mudanza. NO disponible en el FFM en este momento</p>	<p>El día 1 del mes siguiente a la selección del plan</p> <hr/> <p>El día 1 del mes siguiente a la mudanza</p>	<p>SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹</p> <p>Si el dependiente usa el SEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	<p>Solicitud del Mercado de Salud</p>
BAJOS INGRESOS					
<p>Ingresos iguales o inferiores al 150% del nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) y elegible para el crédito fiscal para las primas (PTC, por sus siglas en inglés):</p> <p><i>Persona calificada o afiliado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Elegible para el PTC según las reglas de elegibilidad habituales Ingresos anuales de hasta el 150% del FPL <p><i>Permite la inscripción de personas sin seguro. Los afiliados actuales pueden usar el SEP para cambiar de plan durante el año. El SEP solo estará disponible hasta el año del plan 2025, a menos que el Congreso tome medidas para ampliarlo. Consulte las preguntas frecuentes sobre los SEP para personas de bajos ingresos para obtener más información. (Solo en Inglés.)</i></p>	<p>NO</p>	<p>Disponible en cualquier mes durante el año</p>	<p>El día 1 del mes siguiente a la selección del plan</p>	<p>SÍ - Cambiar a un plan de nivel plata si aún no está inscrito en uno; o bien:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambiar a otro plan de nivel plata <p>Si el dependiente usa el SEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribirse en un nuevo plan de nivel plata con el afiliado Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	<p>Solicitud del Mercado de Salud o Centro de Llamadas del Mercado de Salud</p>

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
CAMBIO EN LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR AYUDA ECONÓMICA					
<p>Recientemente elegible o no elegible para el crédito fiscal anticipado para las primas (APTC, por sus siglas en inglés) <i>Afiliado o dependiente inscrito en el mismo plan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene un cambio en los ingresos o en la cantidad de integrantes del grupo familiar que hace que el grupo familiar sea recientemente elegible o no elegible para el PTC 	<p>SÍ - Actualmente inscrito en la cobertura del Mercado de Salud</p>	<p>Hasta 60 días DESPUÉS de la determinación de la elegibilidad</p>	<p>El día 1 del mes siguiente a la selección del plan</p>	<p>SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹</p>	<p>Solicitud del Mercado de Salud</p>
<p>Recientemente elegible para el APTC <i>Persona calificada o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene una disminución de ingresos y se determina que es recientemente elegible para el PTC 	<p>SÍ - Estuvo inscrito en la MEC, al menos, 1 día en los 60 días antes de la fecha del cambio económico</p>	<p>Hasta 60 días DESPUÉS del cambio económico</p>	<p>El día 1 del mes siguiente a la selección del plan</p>	<p>SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹ Si el dependiente usa el SEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	<p>Solicitud del Mercado de Salud</p>
<p>Cambio en la elegibilidad para la reducción de los costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés) <i>Afiliado o dependiente inscrito en el mismo plan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Tiene un cambio en los ingresos o en la cantidad de integrantes del grupo familiar que cambia la elegibilidad para las CSR <p><i>El cambio en la elegibilidad incluye pasar de un nivel de CSR a otro y perder u obtener la elegibilidad para las CSR.</i></p>	<p>SÍ - Actualmente inscrito en la cobertura del Mercado de Salud</p>	<p>Hasta 60 días DESPUÉS de la determinación de la elegibilidad</p>	<p>El día 1 del mes siguiente a la selección del plan</p>	<p>SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹ o bien</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambiar al plan de nivel plata si aún no está inscrito en uno 	<p>Solicitud del Mercado de Salud</p>
<p>El plan actual del empleador ya no se considera cobertura calificada del empleador <i>Persona calificada o dependiente inscrito en el plan del empleador:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se convierte en recientemente elegible para el APTC debido a un cambio en el plan patrocinado por el empleador que resulta en que el plan ya no se considere cobertura calificada. Algunos ejemplos son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> → Los beneficios del plan del empleador o las protecciones de costos compartidos se reducen, lo que hace que el plan ya no cumpla con el estándar de "valor mínimo" (MV, por sus siglas en inglés) → Finalización de las contribuciones del empleador a la cobertura médica → El costo de la cobertura del empleado ya no se considera asequible → Los miembros de la familia del empleado son recientemente elegibles para el PTC debido al cambio en la prueba de asequibilidad para la cobertura familiar ("family glitch fix"). <p><i>Es necesario finalizar la cobertura del empleador antes de la fecha de entrada en vigencia del nuevo plan.</i></p>	<p>SÍ - Inscrito en el plan del empleador afectado, y el plan del empleador puede finalizar cuando deje de ser asequible o ya no cumpla con el estándar de MV</p>	<p>Hasta 60 días ANTES y DESPUÉS del cambio de cobertura</p>	<p><i>Si la otra cobertura finaliza a mediados de mes y la selección del plan se realiza antes del día 1 del mes en el que ocurrirá la pérdida, entrará en vigencia el día 1 del mes en el que ocurra la pérdida de la cobertura; o bien el día 1 del mes siguiente a la pérdida de la cobertura anterior o el día 1 del mes siguiente a la selección del plan</i></p>	<p>n/a</p>	<p>Solicitud del Mercado de Salud <i>Notas: Esto se determina con la respuesta a la pregunta sobre si ha perdido la cobertura</i></p>

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
<p>Salir de la brecha de cobertura de Medicaid <i>Persona calificada:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Anteriormente no era elegible para Medicaid en un estado que no amplió Medicaid y no era elegible para el APTC únicamente porque los ingresos del grupo familiar estaban por debajo del 100% FPL. Y cumple con uno de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> → Tiene un aumento en los ingresos o un cambio en la cantidad de integrantes del grupo familiar que lleva los ingresos del grupo familiar a un nivel por encima del 100 % del FPL, lo que los hace recientemente elegibles para el PTC → Se muda a un nuevo estado (incluido un estado que ha ampliado Medicaid) y se convierte en recientemente elegible para el PTC <p><i>El SEP se aplica aunque la persona no haya solicitado previamente la cobertura del Mercado de Salud o Medicaid. - No se requiere documentación específica</i></p>	NO	<p>Hasta 60 días DESPUÉS del cambio en los ingresos o de la mudanza a un nuevo estado</p> <hr/> <p>OPCIÓN DE SBM</p> <p>Si se muda a un nuevo estado, hasta 60 días ANTES de la mudanza NO disponible en CuidadoDeSalud.gov en este momento.</p>	<p>El día 1 del mes siguiente a la selección del plan</p> <hr/> <p>El día 1 del mes siguiente a la mudanza</p>	SI - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹	Trabajador social de los CMS
<p>Obtención reciente de estatus de inmigración elegible <i>Persona calificada o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se convierte en recientemente elegible para la cobertura del Mercado de Salud como resultado de obtener un estatus de inmigración legalmente presente <p><i>El SEP no se aplica si la persona ya tenía un estatus de inmigración elegible. Para obtener más información, consulte CuidadoDeSalud.gov la lista de estatus de inmigración "legalmente presentes" elegibles para la cobertura del Mercado de Salud.</i></p>	NO	Hasta 60 días DESPUÉS de obtener el estatus	El día 1 del mes siguiente a la selección del plan	Si el dependiente usa el SEP: <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del Mercado de Salud
<p>Indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN) <i>Persona calificada o afiliado:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Es o se convierte en miembro de una tribu de indígenas estadounidenses reconocida por el gobierno federal o accionista de la Corporación de la Ley de Liquidación de Reclamaciones de Nativos de Alaska <p><i>Un dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Es o se convierte en dependiente de alguien que es AI/AN y está inscrito o se inscribirá en el mismo QHP como AI/AN 	NO	Puede inscribirse en un QHP o cambiar de QHP una vez por mes	El día 1 del mes siguiente a la selección del plan	NO	Solicitud del Mercado de Salud
<p>Liberación del encarcelamiento <i>Persona calificada o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Se convierte en recientemente elegible para la cobertura del Mercado como resultado de haber sido liberado del encarcelamiento (detención, cárcel o prisión) <p><i>Para obtener más información sobre la definición de encarcelamiento, consulte las preguntas frecuentes sobre el encarcelamiento y la elegibilidad para el Mercado de Salud. (Solo en Inglés.)</i></p>	NO	<p>Hasta 60 días DESPUÉS de la liberación</p> <hr/> <p>OPCIÓN DE SBM</p> <p>Hasta 60 días ANTES de la liberación NO disponible en CuidadoDeSalud.gov en este momento</p>	<p>El día 1 del mes siguiente a la selección del plan</p> <hr/> <p>El día 1 del mes siguiente a la liberación</p>	Si el dependiente usa el SEP: <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del Mercado de Salud

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	El momento es/no es oportuno	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
Ser determinado no elegible para Medicaid					
Ser determinado no elegible para Medicaid o CHIP <i>Persona calificada o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Solicitó cobertura de Medicaid o CHIP durante la inscripción abierta del Mercado de Salud (o durante un SEP) y la agencia estatal de Medicaid determinó que la persona o su dependiente no eran elegibles para Medicaid o CHIP después de que finalizó el período de inscripción <i>El SEP se aplica independientemente de si la persona presentó la solicitud directamente mediante la agencia estatal de Medicaid o a través del Mercado y la información se transfirió a la agencia estatal de Medicaid. Sin embargo, no se aplica a las personas que presentaron la solicitud directamente a la agencia de Medicaid de su estado fuera de la inscripción abierta</i>	NO	Hasta 60 días DESPUÉS de ser determinado no elegible para Medicaid o CHIP	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias	Si el dependiente usa el SEP: <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Solicitud del mercado (Para obtener más información, consulte los siguientes enlaces: Ayuda con las transferencias estatales y ayuda con la solicitud actualizada)
Resolución de problemas de coincidencia de datos					
Resolución de un problema de coincidencia de datos (DMI, por sus siglas en inglés) <i>Persona calificada:</i> <ul style="list-style-type: none"> Resolver un DMI después de que finalizó el período inicial de inconsistencia y el Mercado de Salud finalizó la cobertura Tener ingresos por debajo del 100% del FPL y no haberse inscrito en la cobertura mientras esperaba que el Mercado de Salud verificara su estatus de ciudadanía y su elegibilidad para el APTC 	NO	Hasta 60 días DESPUÉS de la resolución del DMI	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias	n/a	Centro de Llamadas del Mercado de Salud
Error de inscripción o plan					
Error/tergiversación/inacción/conducta indebida <i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> No se inscribió en un plan, se inscribió en el plan equivocado o no recibió el PTC ni las CSR para los que era elegible debido a error, tergiversación, conducta indebida o inacción por parte del Mercado de Salud o del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), sus organismos u otras entidades que brindan asistencia para la inscripción (p. ej., asistentes, orientadores, aseguradores, intermediarios, representantes del Centro de Llamadas) Tuvo un error técnico al solicitar cobertura que generó alguna de las siguientes situaciones: <ul style="list-style-type: none"> → Impidió la inscripción en un plan → Impidió que el asegurador recibiera información sobre la inscripción 	NO	Hasta 60 días DESPUÉS de la determinación de la elegibilidad para el SEP	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias	NO	Centro de Llamadas del Mercado de Salud o trabajador social de los CMS

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
Error de visualización del plan o de los beneficios <i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Tuvo un error relacionado con los beneficios del plan, el área de servicio o la prima que se mostraron en un sitio web del Mercado de Salud en el momento de la selección del plan que influyó en la decisión de seleccionar (o no seleccionar) un QHP 	NO	Hasta 60 días DESPUÉS de la determinación de la elegibilidad para el SEP	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias	NO	Centro de Llamadas del Mercado de Salud
Incumplimiento del plan de salud <i>Afiliado o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Demuestra al Mercado de Salud que el QHP incumplió sustancialmente una disposición material de su contrato 	SÍ - Actualmente inscrito en la cobertura del Mercado del Salud	Hasta 60 días DESPUÉS de la determinación de la elegibilidad para el SEP	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias	SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual ¹ Si el dependiente usa el SEP: <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual ² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	Trabajador social de los CMS
Otras circunstancias menos frecuentes					
Sobrevivientes de violencia doméstica, abuso o abandono conyugal <i>Persona calificada o afiliado:</i> <ul style="list-style-type: none"> Sufre violencia o abuso doméstico y quiere inscribirse en un plan de salud separado de su abusador (que puede ser su pareja íntima, uno de sus padres u otro pariente) Sufre abandono conyugal y quiere inscribirse en un plan de salud separado de su cónyuge 	SÍ - Actualmente inscrito en la MEC	Hasta 60 días DESPUÉS de solicitar el SEP	El día 1 del mes siguiente a la selección del plan	NO	Trabajador social de los CMS o Centro de Llamadas del Mercado de Salud
Obtención de la elegibilidad para un acuerdo de reembolso de salud (HRA, por sus siglas en inglés) <i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i> <ul style="list-style-type: none"> Recientemente obtiene acceso a un HRA de cobertura individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) o a un HRA para pequeños empleadores calificados (QSEHRA, por sus siglas en inglés). 	NO	Si se recibe un aviso 90 días antes de que la cobertura del HRA pueda entrar en vigencia: hasta 60 días ANTES de la fecha de inicio del HRA; Si el aviso no se envió 90 días antes de la fecha de inicio: hasta 60 días ANTES y DESPUÉS de la fecha de inicio del HRA	En la fecha en que el HRA puede entrar en vigencia (o el día 1 del mes siguiente a la fecha de inicio si el HRA entra en vigencia en una fecha que no sea del día 1 del mes); <i>Si el plan se selecciona en la fecha de inicio del HRA o en una fecha posterior:</i> el día 1 del mes siguiente a la selección del plan	NO	Trabajador social de los CMS

Evento calificado	Requisito de cobertura previa	El momento es/no es oportuno	Fechas de entrada en vigencia de la cobertura	Limitaciones de selección de planes (para los afiliados actuales)	SEP concedido generalmente por
<p>Circunstancias excepcionales <i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Demuestra al Mercado de Salud circunstancias excepcionales que impidieron la inscripción durante la inscripción abierta o el SEP, tales como: <ul style="list-style-type: none"> → Una afección médica grave (p. ej., hospitalización inesperada o discapacidad cognitiva temporal). Gana una apelación ante el Mercado de Salud de que se recibió una determinación de elegibilidad incorrecta o una fecha de entrada en vigencia de la cobertura incorrecta en el momento de la solicitud Inicia o finaliza su servicio en AmeriCorps 	NO	Hasta 60 días DESPUÉS de la determinación de la elegibilidad para el SEP	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias	NO	Trabajador social de los CMS o Centro de Llamadas del Mercado de Salud
<p>Declaraciones de emergencia y desastre importante por parte de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) <i>Persona calificada, afiliado o dependiente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Reside en un área que la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés) declaró en situación de emergencia o desastre; Calificaba para inscribirse mediante un período especial de inscripción o un período de inscripción abierta durante el período de incidentes establecido por la FEMA; No se inscribió debido a los impactos del desastre declarado por FEMA 	<i>Depende de los requisitos del SEP calificado</i> <ul style="list-style-type: none"> No hay requisito de cobertura si este SEP se usa junto con la inscripción abierta 	Hasta 60 días DESPUÉS del final del período de incidentes que designó la FEMA	El día 1 del mes siguiente a la selección del plan A elección del afiliado: una fecha de entrada en vigencia anterior a la que se habría aplicado si la persona hubiera seleccionado un plan durante su oportunidad de inscripción inicial	NO	Solicitud del Mercado de Salud si el SEP calificado se debe a la pérdida de la MEC; o bien el trabajador social de los CMS o el Centro de Llamadas del Mercado de Salud para cualquier otro SEP calificado

¹ Si no hay otros planes disponibles en el mismo nivel de metal, los afiliados podrán inscribirse en un plan de un nivel superior o inferior al de su plan actual.

² Si el plan actual de un afiliado no cubre a los dependientes, el afiliado y el dependiente pueden elegir inscribirse juntos en un nuevo plan con el mismo nivel de metal que el plan actual del afiliado.

Fuentes:

- Título 45 del Código de Reglamentaciones Federales (CFR) 155.420: Períodos especiales de inscripción
- [Temporary SEP for Consumers Losing Medicaid or CHIP Coverage Due to Unwinding of the Medicaid Continuous Enrollment Condition – Frequently Asked Questions \(Período especial de inscripción temporal para consumidores que perdieron cobertura de Medicaid o CHIP debido al proceso de “unwinding” de la condición de inscripción continua de Medicaid – Preguntas Frecuentes\)](#), 27 de enero de 2023
- Hoja informativa de CCIIO: Períodos especiales de inscripción, diciembre de 2022
- [HHS Updating Payment Parameters, Section 1332 Waiver Implementing Regulations, and Improving Health Insurance Markets for 2022 and Beyond \(El HHS actualiza los parámetros de pago, las regulaciones de implementación de la exención de la Sección 1332 y mejora los mercados de seguros médicos para 2022 y años subsiguientes\)](#), 27 de septiembre de 2021
- [HHS Notice of Benefit and Payment Parameters for 2020 \(Aviso del HHS de los parámetros de beneficios y pagos para 2020\)](#), 18 de abril de 2019
- [HHS Notice of Benefit and Payment Parameters for 2019 \(Aviso del HHS de los parámetros de beneficios y pagos para 2019\)](#), 17 de abril de 2018
- [HHS Market Stabilization Rule \(Norma de estabilización del mercado del HHS\)](#), 18 de abril de 2017
- [HHS Notice of Benefit and Payment Parameters for 2018 \(Aviso del HHS de los parámetros de beneficios y pagos para 2018\)](#), 22 de diciembre de 2016
- Hoja informativa de CMS: [Períodos especiales de inscripción para el mercado de seguros médicos](#)
- [CMS FFM and FF-SHOP Enrollment Manual, Section 5 \(Manual de inscripción de FFM y FF-SHOP de CMS, Sección\): Períodos especiales de inscripción](#), 19 de julio de 2016