

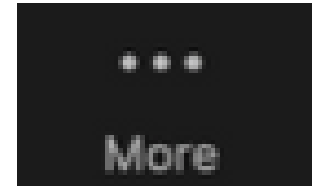
Beyond 
the Basics

Períodos especiales de inscripción del Mercado de Salud

21 de marzo de 2024

Logística del seminario web

- Después del seminario web, distribuiremos las diapositivas, una grabación en video de esta presentación y otros recursos. También publicaremos todo en el sitio web de Beyond the Basics.
- Se han habilitado los subtítulos automáticos para este seminario web. Para verlos, haga clic en la opción “más” con tres puntos en la parte inferior de la pantalla. Allí debería tener la opción de activar los subtítulos.
- Todos los participantes tendrán el micrófono desactivado y estarán en modo de solo escucha. Si quiere hacer una pregunta:
 - Haga clic en el ícono de preguntas y respuestas situado en la parte inferior de la pantalla del seminario web y escriba la pregunta en la ventana.
 - Estaremos pendientes de las preguntas y haremos una pausa para preguntas y respuestas durante la presentación.
 - Es posible que no podamos responder todas las preguntas, pero tendremos un registro de todas sus preguntas y las usaremos como guía para recursos y presentaciones en el futuro.
 - También puede enviar las preguntas que tenga por correo electrónico durante el seminario web y una vez finalizado, a beyondthebasics@cbpp.org.



Agenda

- Resumen de los períodos especiales de inscripción
- Eventos frecuentes que desencadenan un período especial de inscripción
- Eventos menos frecuentes que desencadenan un período especial de inscripción
- Proceso para acceder a los períodos especiales de inscripción (SEP, por sus siglas en inglés)
- Verificación para el SEP
- Restricciones en la opción de selección de planes médicos para afiliados actuales

Resumen de los períodos especiales de inscripción



¿Qué es un período especial de inscripción (SEP)?

Un período durante el cual una persona que tiene un evento de vida calificado puede inscribirse en la cobertura del Mercado de Salud o cambiar de cobertura. Las personas pueden ser elegibles para un SEP en cualquier momento del año, durante el período anual de inscripción abierta o fuera de dicho período.

Inscripción abierta

- Para los estados que usan CuidadoDeSalud.gov: del 1 de noviembre al 15 de enero
- Los estados que usan sus propios Mercados de Salud pueden tener periodos de inscripción abierta más largos

NOVIEMBRE 2023						
S	M	T	W	T	F	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

DICIEMBRE 2023						
S	M	T	W	T	F	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

ENERO 2024						
S	M	T	W	T	F	S
31	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Categorías de eventos que desencadenan un SEP



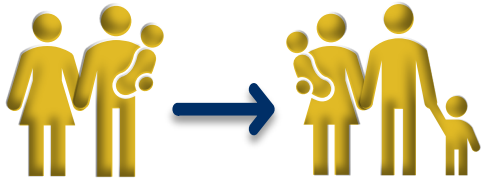
Pérdida de otra cobertura medica calificada

- Pérdida de la cobertura del empleador
- Pérdida de Medicaid / CHIP
- Vencimiento de COBRA



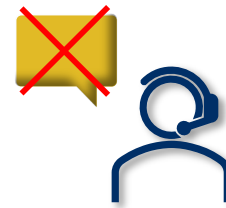
Cambios en la elegibilidad para recibir ayuda económica

- Salir de la brecha de cobertura de Medicaid (Medicaid gap)
- Cambios en la elegibilidad para el crédito fiscal para las primas (PTC, por sus siglas en inglés) o la reducción de costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés)
- Encontrado inelegible para Medicaid / CHIP



Cambios en la cantidad de integrantes del grupo familiar

- Matrimonio
- Nacimiento o adopción de un niño



Error de inscripción o plan

- Error o conducta indebida del intermediario, representante del mercado o asegurador
- Error de visualización del plan o de los beneficios



Cambios en el lugar de residencia principal

- Mudarse a una ciudad o a un estado diferente
- Mudarse a EE. UU. desde otro país



Otras circunstancias

- Obtención reciente de estatus de inmigración elegible
- Sobrevivientes de violencia doméstica /abandono
- Situaciones inesperadas (hospitalización, incapacidad)
- Personas afectadas por un desastre declarado por la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)
- Decisión de apelación exitosa



SEP temporales

- Proceso de revisión del proceso de elegibilidad ("unwinding") de Medicaid
- Ingresos por debajo del 150 % del límite federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés)*

*A partir del 2 de abril de 2024, este SEP ya no es temporal. Vea la diapositiva 17.

Plazos de los SEP: 60 días

Solicitud de cobertura y selección de un plan

Los SEP suelen estar disponibles durante 60 días después de un evento calificado, aunque algunos SEP también están disponibles durante 60 días antes del evento calificado

Novedad

A partir del 1 de enero de 2024, el SEP por pérdida de Medicaid/Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) estará disponible durante 90 días después de la pérdida de la cobertura (en los estados con CuidadoDeSalud.gov y a elección de los Mercados estatales [SBM, por sus siglas en inglés])

Fechas de entrada en vigencia de la cobertura si califica para un SEP

- Para varios SEP, ahora la cobertura comienza más pronto que en el pasado (en los estados con CuidadoDeSalud.gov)
 - En muchos casos, el primer día del mes después de la selección del plan

Novedad

Si otra cobertura finalizará a mediados de mes en el futuro, y si una persona selecciona un plan del Mercado de Salud antes del primer día del mes en el que ocurrirá la pérdida de la cobertura, la nueva cobertura comenzará el primer día del mes en el que finalice la cobertura anterior. *Nota: A partir de 3 de abril de 2024, este cambio aún no se ha implementado en CuidadoDeSalud.gov. Está disponible en SBM a opción estatal.*

Requisito de cobertura previa

- Para calificar para ciertos SEP, la persona que tiene un evento calificado debe haber tenido cobertura esencial mínima (MEC, por sus siglas en inglés), al menos, 1 día durante los 60 días anteriores al evento que desencadena el SEP
- Las excepciones son las siguientes:
 - Si la persona vivió en un país extranjero o en territorio estadounidense en los últimos 60 días
 - Si la persona es miembro de una tribu de indígenas estadounidenses reconocida por el gobierno federal o es nativa de Alaska (lo que se denomina AI/AN en inglés)

Eventos frecuentes que desencadenan un período especial de inscripción



Pérdida de otra cobertura calificada

Para obtener más información sobre lo que se considera como MEC, consulte en Beyond the Basics la [Tabla de referencia sobre la MEC](#) (inglés)

- Pérdida de la cobertura esencial mínima (MEC), que incluye lo siguiente:
 - Pérdida de la elegibilidad para un plan del empleador (p. ej., pierde el empleo, renuncia a un empleo, se reduce la jornada laboral, empleador ya no ofrece cobertura medica).
 - Pérdida de la elegibilidad para Medicaid o CHIP
 - Cancelación de un plan (por parte del asegurador)
 - Pérdida de la elegibilidad para el plan de salud estudiantil
 - La cobertura en virtud de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) vence o el empleador deja de contribuir a la cobertura en virtud de COBRA
- Pérdida de la cobertura de Medicaid relacionada con el embarazo.
- Pérdida de la cobertura de Medicaid para personas con necesidades médicas (a veces denominada Medicaid con costos compartidos o Medicaid con deducible)
- Vencimiento de un plan de año no calendario (aunque exista la opción de renovar el plan)

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Pérdida de otra cobertura	Hasta 60 días antes de la pérdida de la cobertura	Primer día del mes de la pérdida de la cobertura (si la pérdida de la cobertura ocurre a mediados de mes y se selecciona el plan antes del primer día del mes en el que finaliza la cobertura)*
	Hasta 60 días después de la pérdida de la cobertura	Primer día del mes siguiente a la pérdida de la cobertura (si se selecciona el plan después del primer día del mes en el que finaliza la cobertura)
Pérdida de Medicaid/CHIP	Hasta 90 días después de la pérdida de la cobertura**	Primer día del mes siguiente a la selección del plan

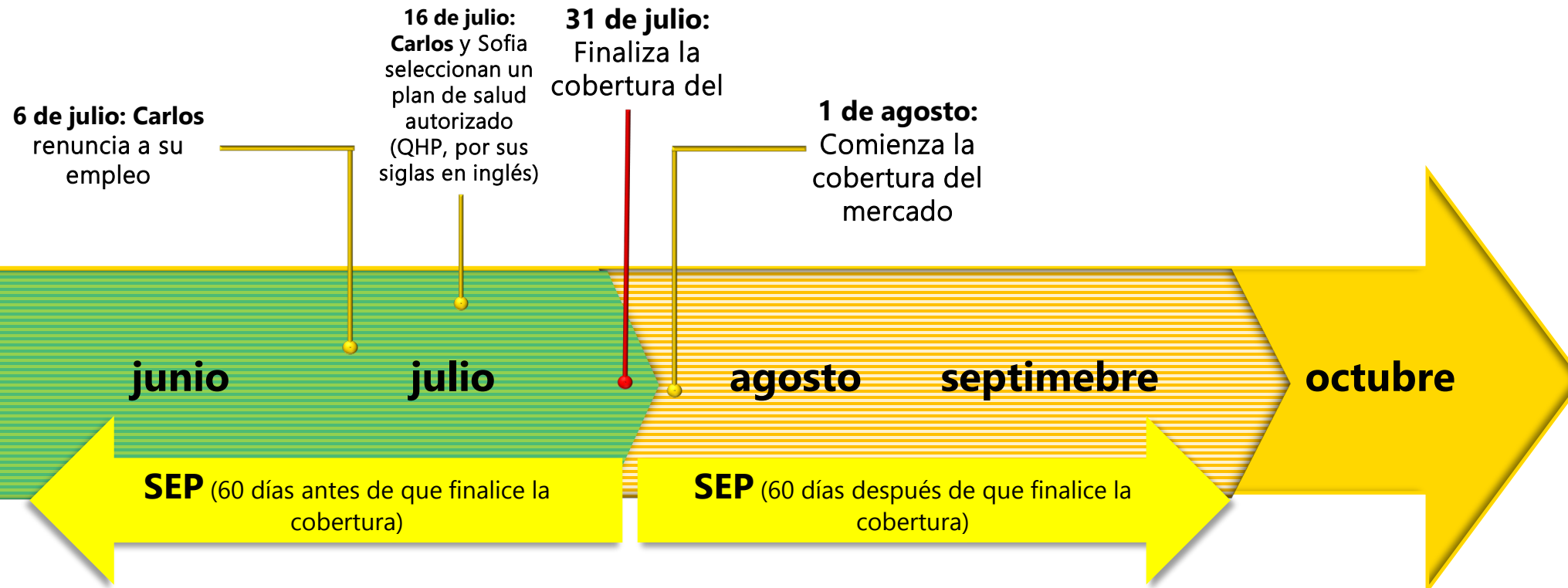
*A partir de 3 de abril de 2024, este cambio aún no se ha implementado en CuidadodeSalud.gov. Está disponible en SBM a opción estatal.

**En vigencia a partir del 1 de enero de 2024 en los estados con CuidadoDeSalud.gov y, en los estados con SBM, a partir del 18 de junio de 2023 a elección del estado. En los estados con SBM que ofrecen un período de reconsideración para Medicaid/CHIP de más de 90 días, el estado puede ampliar el SEP para alinearse con la duración del período de reconsideración del estado para Medicaid/CHIP.

Ejemplo: pérdida de la cobertura del empleador

Carlos y Sofia

- Carlos y Sofia están inscritos en un seguro médico que Carlos obtiene mediante su empleo
- Carlos renuncia a su empleo en julio y está previsto que su seguro finalice el 31 de julio.
 - Le ofrecen COBRA, pero le costaría mucho dinero
- Carlos y Sofia son elegibles para un SEP
- Tienen 60 días antes y 60 días después de que finalice la cobertura del empleador de Carlos para elegir un plan en el mercado

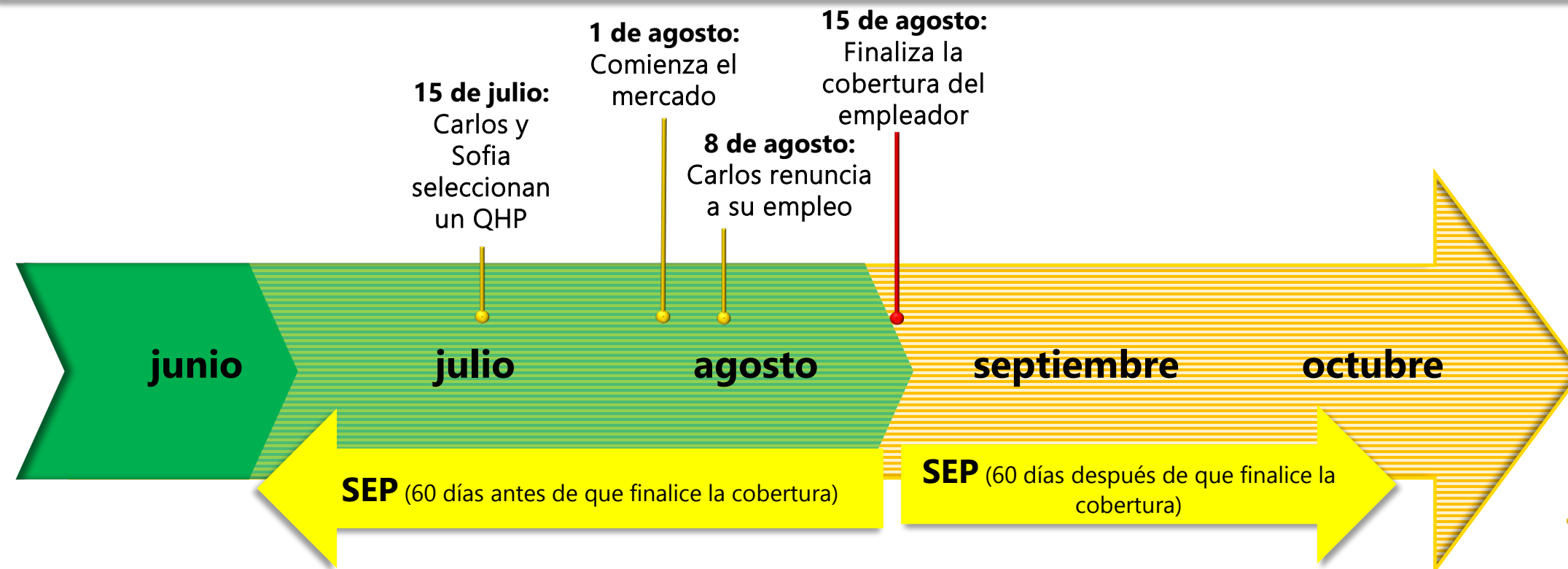


Ejemplo: pérdida de la cobertura del empleador

¿Qué sucede si su cobertura actual finaliza a mediados de mes?*

- Si Carlos y Sofia seleccionan un nuevo plan *antes* del primer día del mes en el que perderán la cobertura, su nuevo plan comenzará el primer día del mes *en el que* pierdan la cobertura
 - El período de inscripción doble no afecta la elegibilidad para el PTC o la CSR
- Si seleccionan un nuevo plan *después* del primer día del mes en el que perderán la cobertura, su nuevo plan comenzará el primer día del mes *después de* que pierdan la cobertura

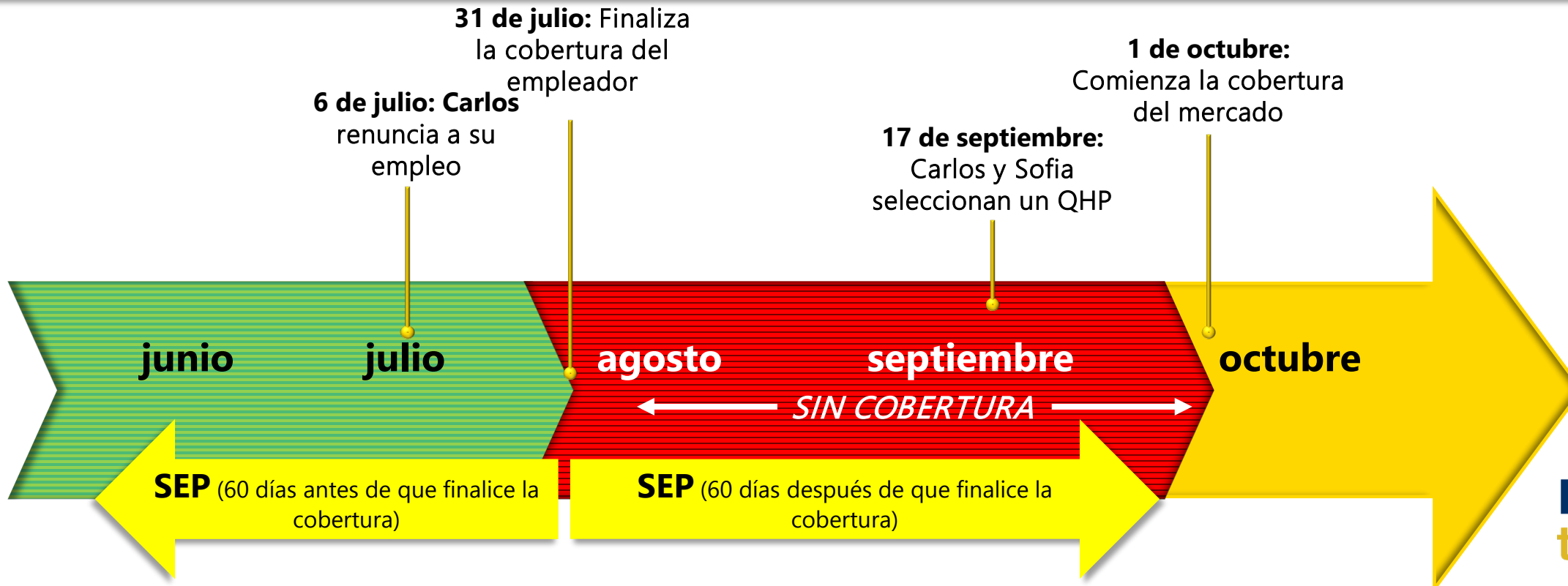
*A partir del 3 de abril de 2024, este cambio aún no se ha implementado en CuidadodeSalud.gov.



Ejemplo: pérdida de la cobertura del empleador

Pero ¿qué sucede si seleccionan un QHP después de haber perdido la cobertura?

- Carlos y Sofia no eligen un plan hasta fines de septiembre
- Como esperaron hasta perder la cobertura, tendrán una brecha en la cobertura en agosto y septiembre



SEP temporal para las personas que pierden la cobertura de Medicaid/CHIP durante el proceso de “unwinding”

Para obtener más información, consulte el seminario web de Beyond the Basics, [Navegando el proceso de revisión de elegibilidad de Medicaid “unwinding”](#) (español)

- Nuevo SEP para las personas que pierdan la cobertura de Medicaid/CHIP en algún momento entre el 31/3/23 y el 31/7/24*
 - Creado en respuesta a los estados que reanudan las renovaciones y las finalizaciones de Medicaid/CHIP después del final del requisito de cobertura continua de Medicaid por el COVID-19
- Acceso mediante CuidadoDeSalud.gov (*opcional en los estados con SBM*)
- Se acepta declaración; no se exige documentación
- Se puede informar hasta 60 días antes de la pérdida de la cobertura

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Pérdida de la cobertura de Medicaid/CHIP	60 días antes de la fecha de terminación de Medicaid/CHIP o En algún momento entre el 1/3/23 y el 31/7/24*	En general: primer día del mes siguiente a la selección del plan. Si el solicitante pierde la cobertura a mediados de mes y selecciona un plan antes del primer día de ese mes: primer día del mes de la pérdida de la cobertura** Si el solicitante también califica para un SEP con opción de cobertura retroactiva: retroactivamente hasta la fecha del evento para el SEP o el primer día del mes después de la selección del plan (se debe llamar al mercado para solicitarlo)

*Nota: El 28 de marzo de 2024, CMS anunció que este SEP se extendería hasta el 30 de noviembre de 2024 en los estados de CuidadoDeSalud.gov.

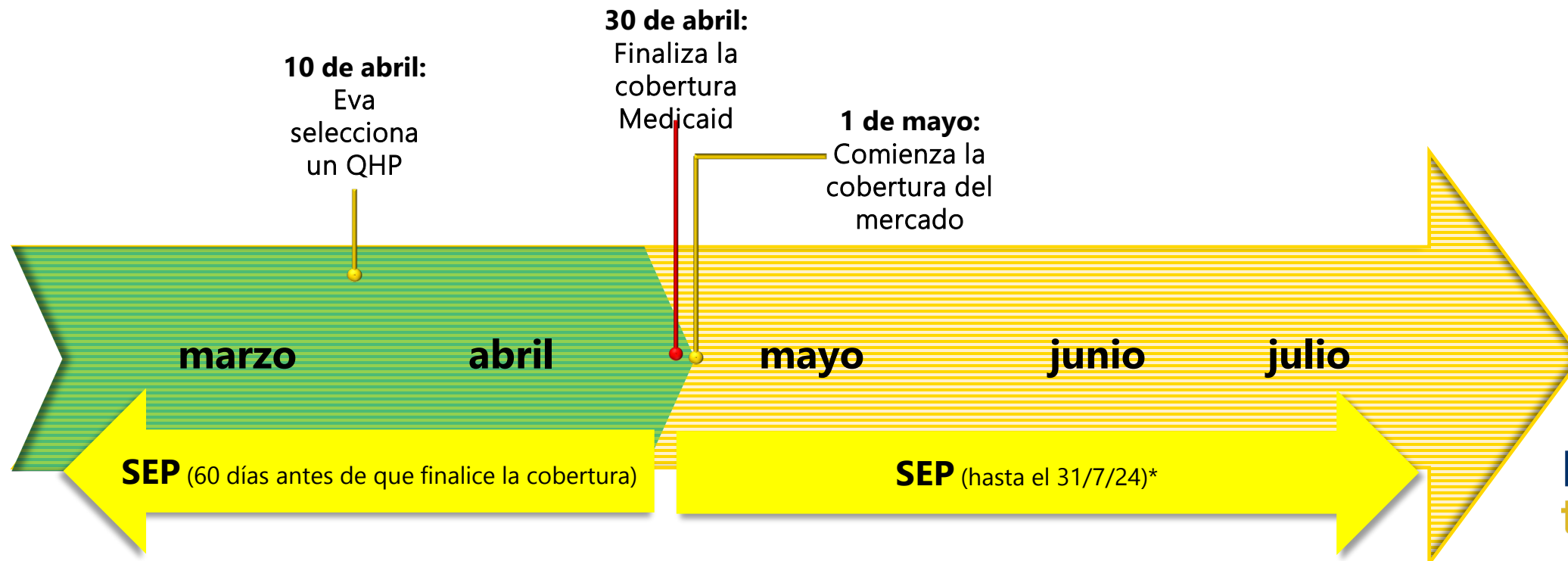
**A partir de 3 de abril de 2024, este cambio aún no se ha implementado en CuidadodeSalud.gov.

Ejemplo: pérdida de la cobertura de Medicaid/CHIP durante el proceso de “unwinding”

Eva

- Eva recibe una carta en la que se le informa que ya no es elegible para Medicaid porque sus ingresos son demasiado altos. Su cobertura de Medicaid finaliza en abril 2024
- Eva es elegible para un SEP
- Tiene 60 días antes de que finalice la cobertura o hasta el 31/7/24* para elegir un plan en el Mercado de Salud. Si actúa de inmediato, podrá evitar una brecha de cobertura

*A partir del 28 de marzo de 2024, este SEP se extendió hasta el 30/11/24 en los estados de CuidadoDeSalud.gov.

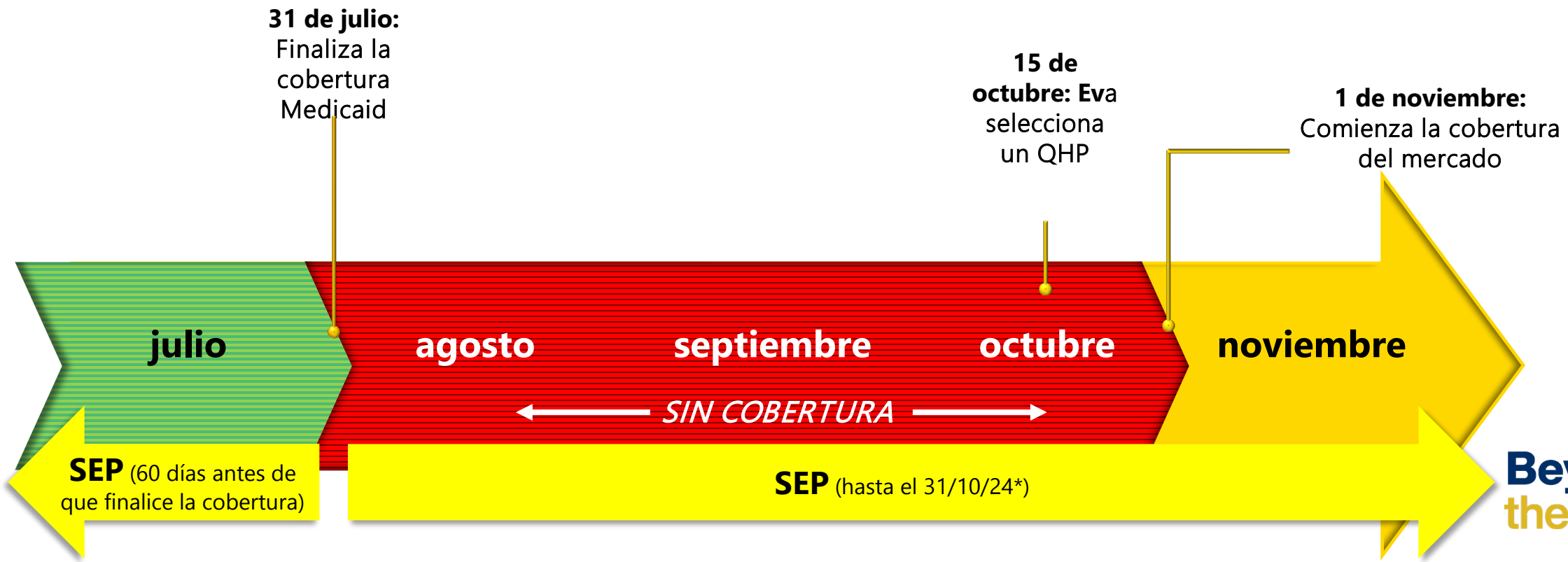


Ejemplo: pérdida de la cobertura de Medicaid/CHIP durante el proceso de "unwinding"

¿Qué sucede si Eva espera para inscribirse en un QHP?

- Eva solo se da cuenta de que ha perdido Medicaid cuando intenta concertar una cita con el médico en octubre
- Todavía es elegible para el SEP del proceso de "unwinding"
- Tiene hasta el 31/10/24 para solicitar la cobertura y elegir un plan en el mercado
- Su cobertura comienza el primer día del mes siguiente a la selección del plan

*A partir del 28 de marzo de 2024, el SEP de "unwinding" se extendió hasta el 30/11/24 en los estados de CuidadoDeSalud.gov.



Todavía disponible: SEP para personas con ingresos $\leq 150\%$ del FPL

Para obtener más información, consulte en Beyond the Basics Preguntas frecuentes: [Nuevo período especial de inscripción para personas de bajos ingresos](#) (inglés)

- Acceso a la cobertura y la ayuda económica para algunas personas de bajos ingresos
 - Se prevé que los ingresos del grupo familiar no superen el 150% del nivel federal de pobreza para el año de cobertura
 - Alrededor de \$21,870 para una persona (utilizando niveles de 2023; el mercado de salud utiliza los niveles de 2023 para el año de cobertura 2024)
 - Debe ser elegible para el crédito fiscal para las primas
 - **No se requiere cobertura previa**
 - Puede inscribirse en un QHP y/o cambiar de un QHP a otro una vez al mes
 - Actualmente, este SEP solo está disponible en los años en los que el aumento del PTC permite a las personas con ingresos $\leq 150\%$ del FPL comprar un plan de referencia (el segundo plan de nivel plata de menor costo) con una prima de cero dólares.
 - Según el Plan de Rescate Estadounidense, las mejoras en el crédito fiscal para las primas garantizan que todas las personas con ingresos inferiores al 150% tengan acceso a un plan por \$0
 - La Ley de Reducción de la Inflación prorrogó las mejoras del PTC hasta fines de 2025
 - Si se finaliza como se propone, una nueva regla haría que este SEP estuviera disponible aunque vencieran las mejoras del Plan de Rescate*

*El 2 de abril de 2024, CMS finalizó una regla que hace que este SEP esté disponible incluso si las mejoras de PTC vencen.

Ejemplo: ingresos ≤150 % del FPL



Carolina

- Carolina no tiene seguro y vive en Texas
- Gana \$19,000 al año (130 % del FPL)
- Carolina se enteró hace poco de que podía obtener un plan por \$0 al mes, así que ingresó en CuidadoDeSalud.gov para completar una solicitud

¿Qué incluyo en mi estimación anual?

Cerrar

Incluya los ingresos de estas fuentes:

- Empleos, incluidos sueldos, salarios, propinas, comisiones, bonificaciones e indemnizaciones por despido
- Trabajo por cuenta propia: ingresos de una pequeña empresa que administran o de trabajos independientes, de consultoría o por contrato
- Compensación por desempleo
- Pensiones de antiguos empleadores
- Seguridad Social
- Ganancias de capital
- Inversiones, como intereses sobre ahorros o dividendos de acciones o fondos mutuos
- Jubilación, incluidos los retiros de la mayoría de las cuentas 401(k) e IRA
- Pensión alimenticia (Solo ingrese la pensión alimenticia si el divorcio o separación de una persona finalizó antes del 1 de enero de 2019).
- Agricultura o pesca
- Alquiler o realeza
- Otros ingresos, como deudas canceladas, corte, pago de servicio de jurado, apuestas, premios, becas sujetas a impuestos y subvenciones

Ejemplo: ingresos ≤150 % del FPL



Carolina

- Carolina es elegible para el SEP para personas de bajos ingresos porque gana menos del 150 % del FPL
 - 150 % del FPL = \$21,870 para un grupo familiar de 1 integrante
- Tiene 60 días para inscribirse en un plan
- Su plan comenzara el primer día del mes siguiente en el que la seleccion del plan medico es finalizada

Mercado de Seguros Médicos

10 de mayo de 2024

Número de Identificación de Solicitud #####
Fecha de la solicitud: :10 de mayo de 2024

Aviso de Elegibilidad del Mercado 2024

Contacto primario
Carolina

Recuerde actualizar su solicitud durante el año con cualquier cambio.

Resultados

Crédito tributario para las primas disponible para este hogar: \$837/mes Ingresos estimados del 2024 utilizados para determinar la elegibilidad para ayuda financiera: \$30,000/año

	[Name 1]
Solicitó cobertura.	●
Elegible para inscribirse en un plan del Mercado hasta el 15 de enero de 2024.	●
Elegible para usar el crédito tributario para las primas para pagar un plan del Mercado. Puede usar hasta \$837/mes para este hogar.	●
Elegible para ahorros adicionales (reducciones de costos compartidos). Pagará menos por copagos, coseguro y deducibles cuando esté inscrito en un plan Plata.	●

ACCIÓN: Próximos pasos

Elija un plan del Mercado antes del 9 de julio de 2024 para que la cobertura comience el 1 de enero. Consulte la Guía de Elegibilidad, página 4.	●
Elija un plan Plata para obtener ahorros adicionales.	●
Puede apelar los resultados de su elegibilidad ahora. Consulte la Guía de Elegibilidad, página 8.	●

Cambios en la cantidad de integrantes del grupo familiar

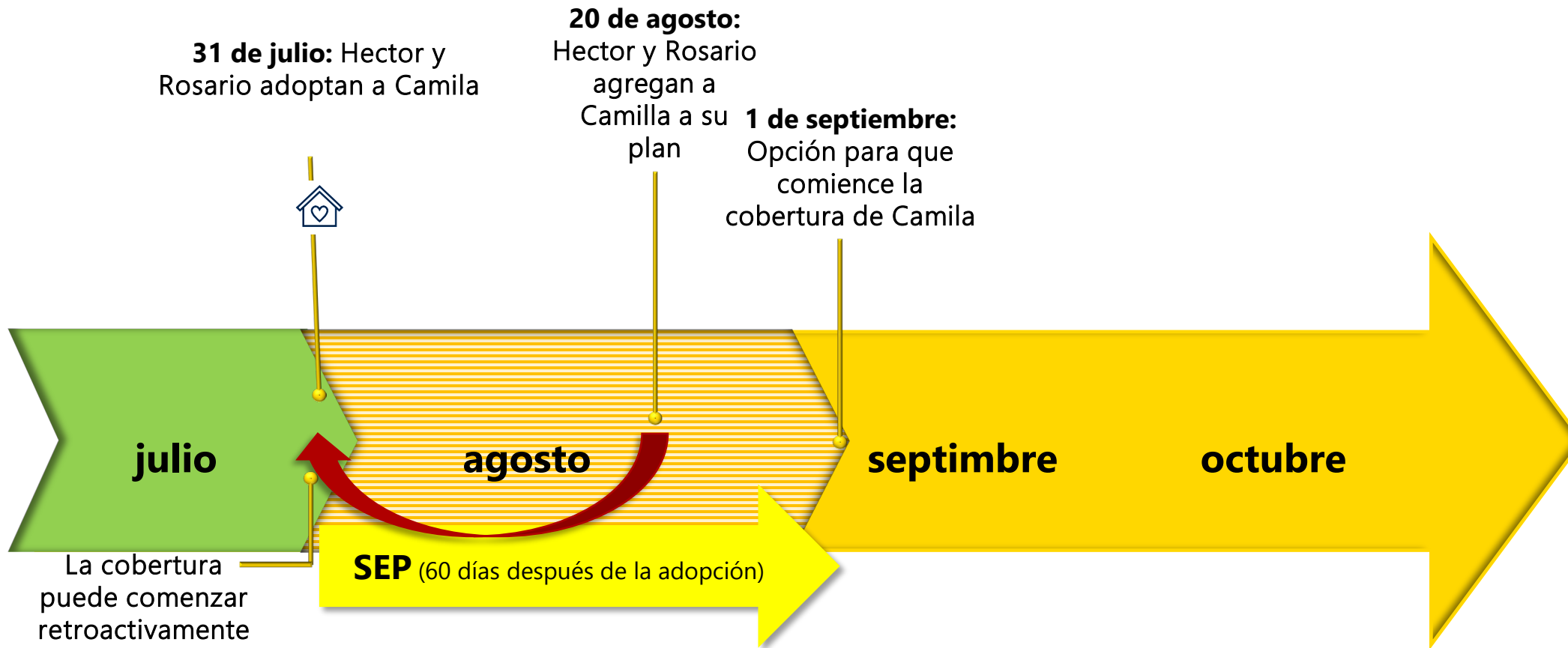
- Matrimonio
 - El SEP solo se desencadena si, al menos, uno de los cónyuges cumple con alguno de los siguientes requisitos:
 - Tuvo, al menos, un día de MEC en los 60 días anteriores al matrimonio (**requisito de cobertura previa**)
 - Vivió en un país extranjero o en territorio estadounidense en los últimos 60 días
 - Es AI/AN
- Nacimiento, adopción, colocación en crianza temporal u orden judicial
 - Adquirir un dependiente por nacimiento, adopción o colocación en crianza temporal
 - Adquirir un dependiente por una orden de manutención de menores u otra orden judicial

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Matrimonio	Hasta 60 días después del matrimonio	Primer día del mes siguiente a la selección del plan
Nacimiento, adopción, colocación en crianza temporal u orden judicial	Hasta 60 días después del evento para el SEP	Retroactivamente hasta la fecha del evento para el SEP O el primer día del mes después de la selección del plan (se debe llamar al mercado para solicitar este ultimo)

Ejemplo: Adopción

Hector, Rosario, y Camila

- Hector y Rosario tienen cobertura del Mercado
- Adoptan a Camila el 31 de julio. Tienen 60 días para agregar a Camila a su plan o seleccionar un nuevo plan para ella
- La cobertura de Camila comienza retroactivamente al día de la adopción, a menos que Hector y Rosario soliciten que comience el primer día del mes siguiente a la selección del plan



Cambios en el lugar de residencia principal

Requisito de cobertura previa aplica

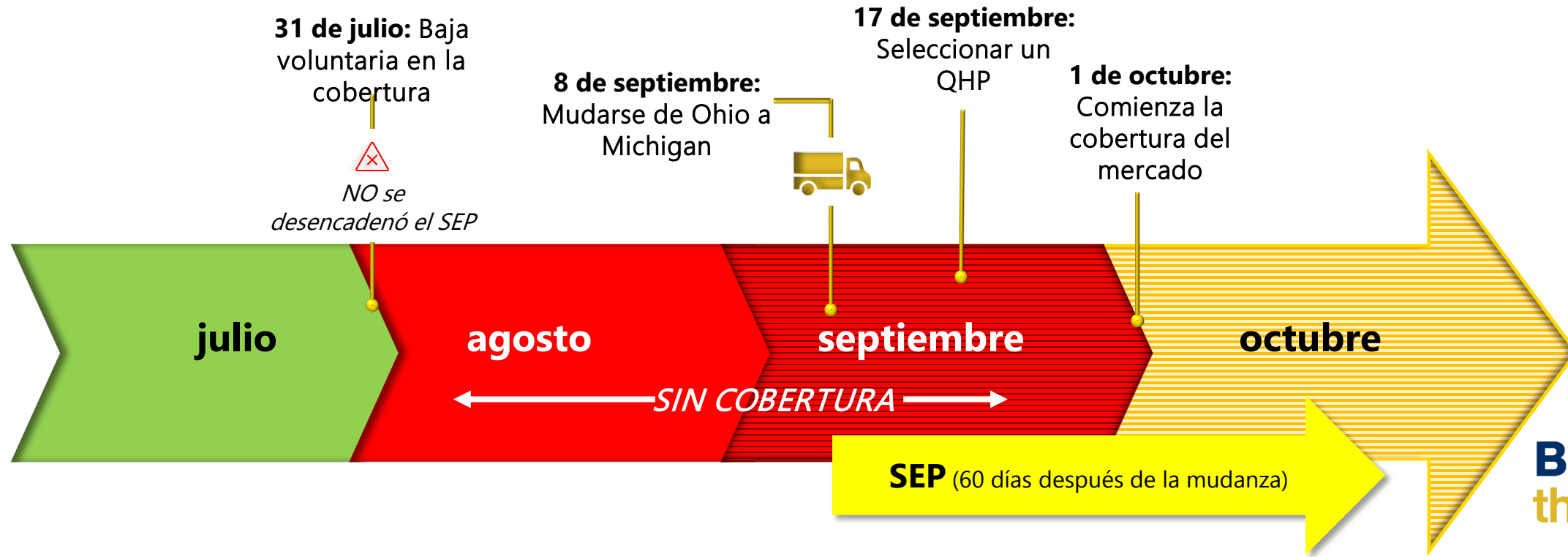
- Mudanza permanente (obtener acceso a nuevos planes del mercado como resultado de una mudanza permanente)
 - Mudarse en la misma ciudad, el mismo condado o estado, siempre que haya diferentes planes disponibles
 - Mudarse a otro estado dentro de USA
 - Un hijo u otro dependiente se muda a la casa de 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 a EE. UU. después de vivir fuera del país o en un territorio estadounidense
- **El SEP solo se desencadena si la persona cumple con alguno de los siguientes requisitos:**
 - Tuvo, al menos, un día de MEC en los 60 días anteriores a la mudanza (**requisito de cobertura previa**)
 - Vivió en un país extranjero o en territorio estadounidense en los últimos 60 días (no aplica requisito de cobertura previa)
 - Es AI/AN

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Mudanza permanente	Hasta 60 días después de la mudanza	Primer día del mes después de la selección del plan

Ejemplo: mudanza permanente (requisito de cobertura previa)

Lori, Oliver, y Sonia

- Lori, Oliver, y Sonia viven en Ohio
- Todos estaban inscritos en la cobertura mediante el empleo de Lori, pero esa cobertura era demasiado costosa, por lo que Lori la dio de baja voluntariamente a fines de julio
- Lori recibe una nueva oferta laboral en Michigan y la familia se muda a principios de septiembre
- Son elegibles para el SEP desencadenado por una mudanza permanente porque tuvieron cobertura en los últimos 60 días



Obtención reciente de estatus de inmigración elegible

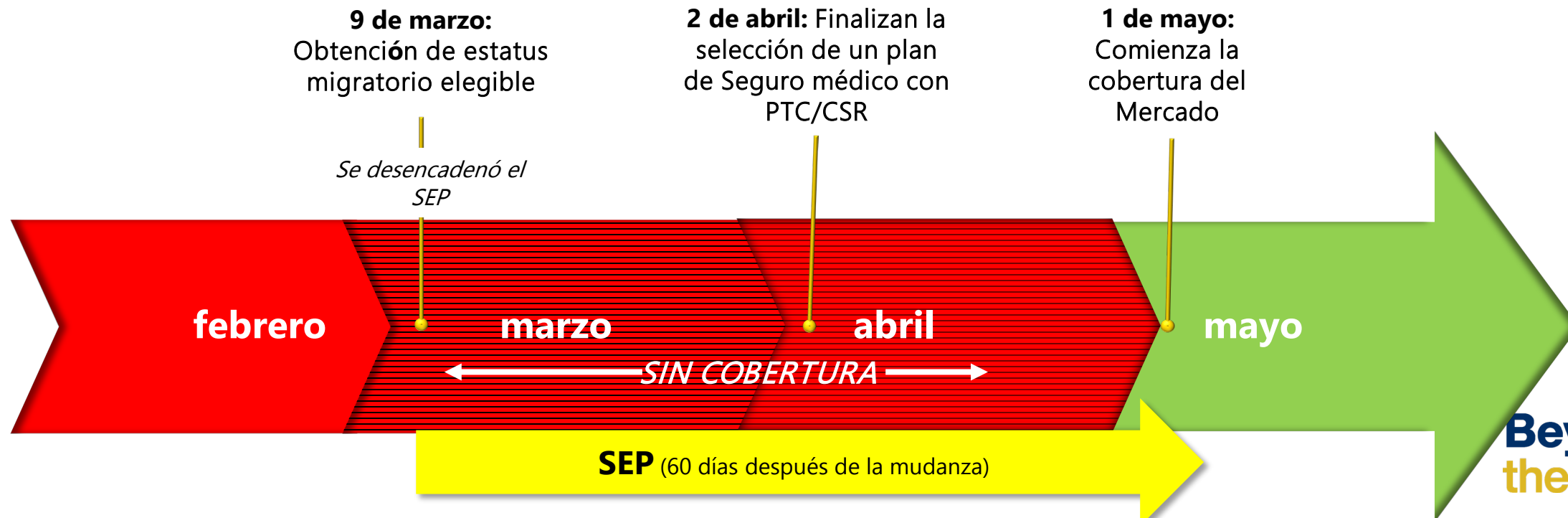
- **Requisito de cobertura previa no aplica**
- Ser *recientemente* elegible para la cobertura del Mercado de Salud como resultado de obtener un estatus legalmente presente.
- Casos más comunes:
 - Mudanza a Estados Unidos desde otro país con visa de inmigrante / estudiante / trabajo
 - Aplicante de asilo > 14 años obtiene permiso de trabajo
 - Aplicante de VAWA obtiene “prima facie notice”
 - Aplicante de ajuste de estatus obtiene permiso de trabajo / “green card”

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Obtención de un estatus de inmigración elegible	Hasta 60 días después de obtener el estatus	Primer día del mes después de la selección del plan

Ejemplo: obtención de estatus migratorio elegible

Lorena y Juan

- Lorena y Juan obtuvieron su permiso de trabajo como aplicantes de asilo político en 9/3/2024
- No reciben una oferta de trabajo de un empleador
- Su ingreso es <100% FPL
- Son elegibles para el SEP desencadenado por la obtención de su estatus migratorio elegible hasta el 9/5/2024



Cambios en la elegibilidad para recibir ayuda económica

- Salir de la brecha de cobertura de Medicaid (**requisito de cobertura previa no aplica**)
 - Anteriormente no era elegible para Medicaid debido a la decisión del estado de no ampliar Medicaid (Medicaid coverage gap), y los ingresos aumentan a un nivel superior al 100 % del FPL, lo que resulta en la elegibilidad para el PTC y/o CSR
 - Anteriormente no era elegible para Medicaid debido a la decisión del estado de no ampliar Medicaid y se muda a un nuevo estado (incluido un estado que ha ampliado Medicaid), lo que resulta en la elegibilidad para el PTC
 - No es necesario que la persona haya tenido contacto previo con el Mercado de Salud para ser elegible

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Salir de la brecha de cobertura de Medicaid	Hasta 60 días después del cambio en los ingresos o de la mudanza a un nuevo estado	Primer día del mes después de la selección del plan

Cambios en la elegibilidad para recibir ayuda económica

Para obtener más información sobre el arreglo de la falla familiar, consulte la hoja informativa de Beyond the Basics, [Nueva regla elimina la "falla familiar"](#) (inglés)

- El plan actual del empleador ya no se considera cobertura calificada del empleador
 - Ser recientemente elegible para el PTC debido a un cambio en el plan que hace que ya no se considere una cobertura adecuada o 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 ("arreglo de la falla familiar")
 - Se debe dar de baja la cobertura del empleador para inscribirse en la cobertura del mercado con PTC*

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
El plan actual del empleador ya no se considera cobertura calificada del empleador	Hasta 60 días antes de la pérdida de la cobertura	Primer día del mes de la pérdida de la cobertura (si la pérdida de la cobertura ocurre a mediados de mes y se selecciona el plan antes del primer día del mes en el que finaliza la cobertura**)
		Primer día del mes siguiente a la pérdida de la cobertura (si se selecciona el plan después del primer día del mes de la pérdida de la cobertura)
	Hasta 60 días después de la pérdida de la cobertura	Primer día del mes siguiente a la selección del plan

*Si la cobertura del empleador finaliza a mediados de mes, el empleado y sus familiares serán elegibles para el PTC durante el mes en el que finaliza la cobertura de su empleador siempre y cuando hayan finalizado la selección del plan el mes previo al mes en que finaliza la cobertura del empleador (en estados con CuidadoDeSalud.gov).

**A partir de 3 de abril, este cambio aún no se ha implementado en CuidadoDeSalud.gov.

Cambios en la elegibilidad para recibir ayuda económica

- **Requisito de cobertura previa no aplica**
- Liberación del encarcelamiento
 - Ser elegible para la cobertura del Mercado de Salud después de ser liberado de la encarcelación (cárcel, prisión, detención)
- Indígena estadounidense y nativo de Alaska (AI/AN)
 - La persona 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
 - La persona es o se convierte en dependiente de alguien que es AI/AN y está inscrito o se inscribirá en el mismo QHP

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Liberación del encarcelamiento	Hasta 60 días después de la fecha de liberación	Primer día del mes después de la selección del plan
AI/AN	Posibilidad de inscribirse o cambiarse de QHP una vez al mes	Primer día del mes después de la selección del plan

Cambios en la elegibilidad para recibir ayuda económica

- Recientemente elegible o no elegible para los créditos fiscales para las primas (PTC)
 - Tiene un cambio en los ingresos o en la cantidad de integrantes del grupo familiar que hace que un afiliado o dependiente del afiliado sea recientemente elegible o no elegible para los créditos fiscales para las primas
 - El SEP solo se desencadena si está inscrito actualmente en un QHP (**requisito de cobertura**).
- Cambio en la elegibilidad para la reducción de los costos compartidos (CSR)
 - Tiene un cambio en los ingresos o en la cantidad de integrantes del grupo familiar que cambia la elegibilidad de un afiliado o dependiente para la CSR
 - El cambio en la elegibilidad incluye pasar de un nivel de CSR a otro y perder u obtener la elegibilidad para las CSR
 - El SEP solo se desencadena si está inscrito actualmente en un QHP (**requisito de cobertura**)
- Recientemente elegible para el PTC después de una disminución de ingresos
 - Tiene una disminución de ingresos del grupo familiar y se determina que es recientemente elegible para el PTC
 - El SEP solo se desencadena si la persona tuvo, al menos, un día de MEC en los últimos 60 días (**requisito de cobertura previa**)

Nota: Puede inscribirse en un QHP dentro o fuera del Mercado de Salud, siempre que el plan cumpla con la definición de QHP. Para recibir el PTC o la CSR, debe inscribirse en el Mercado de Salud.

Eventos menos frecuentes que desencadenan un período especial de inscripción



Error de inscripción o plan

- Error/conducta indebida/inacción por parte del Mercado de Salud, el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) o de la entidad ajena al Mercado que ayuda en la inscripción
 - No se inscribió en un plan, se inscribió en el plan equivocado o no recibió el PTC ni la CSR para los que era elegible debido a error, tergiversación, conducta indebida o inacción
 - Tuvo un error técnico al solicitar la cobertura que impidió la inscripción o impidió que el asegurador recibiera información sobre la inscripción
- Error de visualización del plan o de los beneficios
 - Tuvo un error relacionado con los beneficios del plan, el área de servicio, los costos compartidos 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 plan
- Incumplimiento del plan de salud
 - El plan incumplió sustancialmente una disposición material de su contrato
 - El SEP solo se desencadena si está inscrito actualmente en un QHP (**requisito de cobertura**)

Evento para SEP	El momento es/no es oportuno	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Todos los SEP por error de inscripción o plan	Hasta 60 días después de la determinación	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias

Otras circunstancias

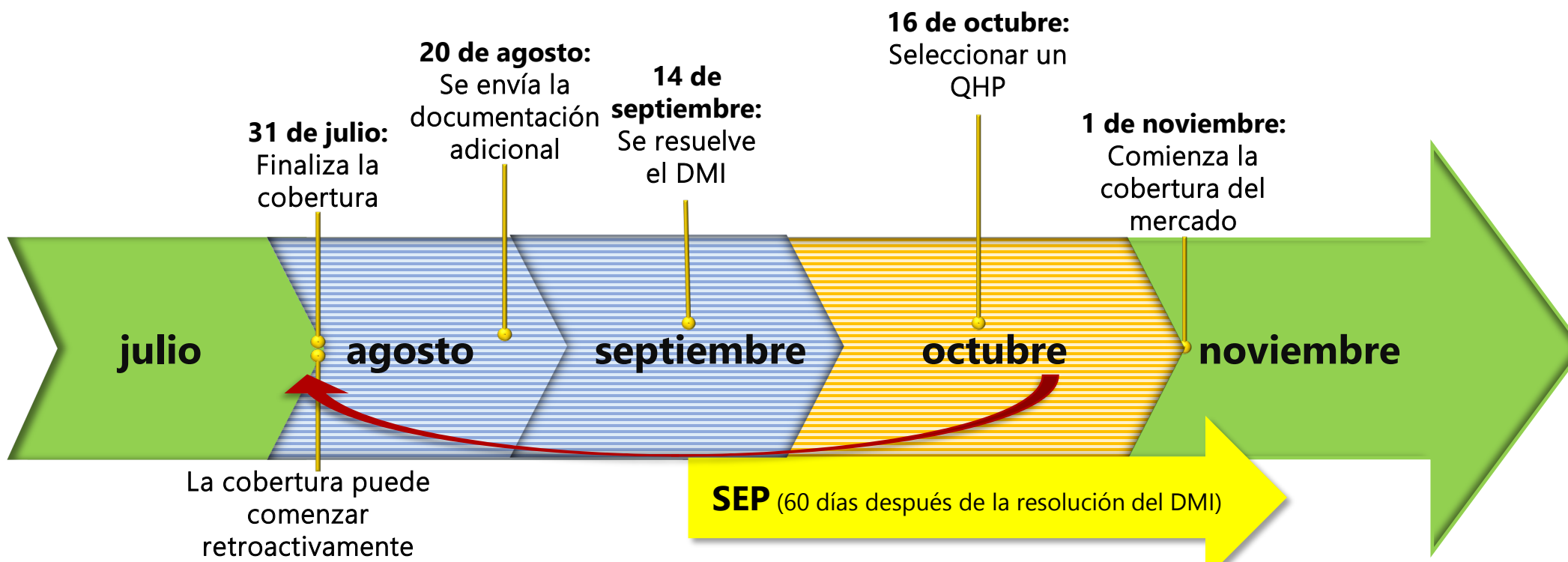
- Ser determinado no elegible para Medicaid o CHIP
 - Solicitó Medicaid o CHIP durante la inscripción abierta (o durante un SEP) y la agencia estatal de Medicaid determinó que la persona o su dependiente no eran elegibles para Medicaid o CHIP después de que finalizó el período de inscripción
 - Disponible independientemente de si la persona presentó la solicitud a través del mercado o directamente mediante la agencia estatal de Medicaid
- Resolución de un problema de coincidencia de datos (DMI, por sus siglas en inglés)
 - El DMI se resuelve después de que finaliza la cobertura de la persona debido al final del período inicial de inconsistencia
 - Ingresos por debajo del 100% del FPL y no haberse inscrito en la cobertura mientras esperaba que el mercado verificara su elegibilidad para el PTC según su estatus de inmigración

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Ser determinado no elegible para Medicaid o CHIP	Hasta 60 días después de ser determinado no elegible	Hasta 60 días después de la resolución del DMI
Resolución de un DMI	Hasta 60 días después de la resolución del DMI	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias (cobertura retroactiva disponible)

Ejemplo: Resolución de un problema de coincidencia de datos

Familia Torres

- María y Luis Torres están casados y tienen tres hijos
- Al solicitar la cobertura, Luis tiene un problema de coincidencia de datos (DMI) y se le pide que envíe documentación para demostrar su ciudadanía
- La documentación que envía no es suficiente, por lo que su cobertura finaliza a fines de julio
- En agosto, envía más documentación, y su DMI se resuelve el 14 de septiembre, lo que desencadena un SEP
- Luis selecciona un plan el 16 de octubre. Su cobertura comenzará el 1 de noviembre (o tiene la opción de que su cobertura comience retroactivamente a su fecha de finalización si paga las primas de los meses anteriores)



Otras circunstancias

- Sobrevivientes de violencia doméstica o abandono conyugal
 - Sufre violencia doméstica o abandono conyugal y quiere inscribirse en un plan de salud separado de su abusador o cónyuge
 - Se aplica a dependientes que pueden inscribirse en el mismo plan
 - El SEP solo se desencadena si está inscrito actualmente en una MEC (**requisito de cobertura**)
- Obtención de la elegibilidad para una cuenta de reembolso de salud (**HRA, por sus siglas en inglés**)
 - Recientemente obtiene acceso a una HRA de cobertura individual (ICHRA, por sus siglas en inglés) o a una HRA para pequeños empleadores calificados (**QSEHRA, por sus siglas en inglés**)
 - Se aplica a dependientes que pueden inscribirse en el mismo plan
 - Si la persona recibe un aviso 90 días antes de que su HRA entre en vigencia, debe inscribirse hasta 60 días antes de la fecha de inicio de la HRA

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Sobrevivientes de violencia doméstica o abandono conyugal	Hasta 60 días después de solicitar el SEP	Primer día del mes después de la selección del plan
Obtiene la elegibilidad para una HRA	Hasta 60 días antes de la fecha de inicio de la HRA	Fecha en que la HRA entra en vigencia (el primer día del mes después de la selección del plan si la HRA comienza a mediados de mes)
	Hasta 60 días antes o después de la fecha de inicio de la HRA	Primer día del mes después de la selección del plan

Otras circunstancias

- Circunstancias excepcionales
 - Circunstancias excepcionales impidieron la inscripción en la cobertura durante la inscripción abierta (p. ej., hospitalización inesperada, discapacidad cognitiva temporal)
 - Gana una apelación ante el Mercado de Salud
- Declaraciones de emergencia y desastre importante por parte de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)

Se aplica si un afiliado o dependiente cumple con los siguientes requisitos:

 - Reside en un área que la FEMA 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 de la situación de desastre que declaró la FEMA

Evento para SEP	SEP esta disponible...	Fecha de entrada en vigencia de la cobertura
Circunstancias excepcionales	Hasta 60 días después de la determinación	Fecha de entrada en vigencia adecuada a las circunstancias
Declaraciones de emergencia y desastre importante por parte de la FEMA	Hasta 60 días después de la finalización del período de declaración de la FEMA	Primer día del mes después de la selección del plan (opción de solicitar una fecha de entrada en vigencia anterior en función de la oportunidad de inscripción inicial)

¿Qué no desencadena un SEP en CuidadoDeSalud.gov?

- Baja voluntaria en otra cobertura o cobertura del Mercado de Salud
- Pérdida de la elegibilidad para la cobertura cuando la persona no estaba inscrita en ella (es decir, pierde el empleo, pero no estaba en el plan de salud del empleador)
- Ser determinado recientemente elegible para el PTC cuando la persona no tenía seguro anteriormente (a menos que la persona tenga ingresos no superiores al 150% del FPL)
- Ser dado de baja de otra cobertura por no pagar las primas o por fraude
- Divorcio o fallecimiento de un familiar si la persona no pierde también la cobertura como resultado
 - Existe una opción de intercambio para que los SBM implementen un SEP por divorcio o fallecimiento de un familiar si la persona ya está inscrita en un QHP
- Quedar embarazada*

***Nota:** Varios estados (CT, DC, ME, MD, NJ, NY) consideran que el embarazo es un factor desencadenante de un SEP. A los SBM que no usan CuidadoDeSalud.gov se les permite implementar SEP adicionales/más amplios.

Ejemplo: no hay SEP para cambio en los ingresos

Mateo

- El empleador de Mateo ofrece cobertura, pero ella no se inscribe
 - Mateo se entera en julio de que su empleador reducirá su jornada, por lo que ya no es elegible para la cobertura del empleador
 - Sus ingresos disminuirán (aunque no al 150% del FPL) y ya no tiene una oferta de cobertura de su empleador, por lo que calificaría para el PTC
- !** Pero esto no desencadena un SEP en CuidadoDeSalud.gov.
- Mateo debe esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para inscribirse en la cobertura



Preguntas y respuestas



Proceso para acceder a los SEP



¿Cómo accede a un SEP?

- *Si ya está inscrito en un plan del Mercado de Salud:*
 - Regrese a la solicitud del Mercado de Salud en “reportar un cambio de vida”
 - Revise la solicitud y edite la información que ha cambiado
 - *Si no está inscrito en un plan del Mercado de Salud:*
 - Vaya al Mercado de Salud e inicie una nueva solicitud.
-
- Una vez que la solicitud esté completa/actualizada, el aviso de determinación de elegibilidad (EDN, por sus siglas en inglés) informará a la persona si es elegible para un SEP
 - Si se determina que es elegible para un SEP, podrá cambiar de plan o inscribirse en un nuevo plan durante el SEP

Nota: No todos los SEP están disponibles mediante la solicitud, y algunos solo pueden ser otorgados por el centro de llamadas del mercado (1-800-318-2596; TTY: 1-855-889-4325).

Informe de cambios

- Las personas inscritas en la cobertura del Mercado de Salud deben informar los cambios en su solicitud original
 - No todos los cambios desencadenarán un SEP
 - Algunos cambios ajustarán el monto del crédito fiscal anticipado para las primas (APTC, por sus siglas en inglés) que una persona es elegible para recibir
- Los cambios que se deben informar son los siguientes:
 - Cambios en los ingresos
 - Cambios en el grupo familiar de una persona
 - Mudarse a una nueva dirección permanente
 - Si se muda fuera del estado, tendrá que completar una nueva solicitud en el nuevo estado
 - Cambios de estatus, como el estado civil en la declaración de impuestos, o nuevo estatus migratorio

Cuando cambien sus ingresos o su hogar

✉ Correo Electrónico 🖨 Imprimir

Más Información

Informar cambios en los ingresos y en el hogar después de inscribirse

Qué cambios reportar al Mercado

Cómo reportar cambios al Mercado

Cómo reportar un movimiento

Cancele su plan del Mercado

Qué cambios reportar al Mercado

Informe estos cambios lo antes posible; pueden afectar las opciones de ahorro y cobertura para las que califica.

Cambio de ingresos esperado: [Descubra cómo estimar sus ingresos.](#)

Cambio de cobertura de salud: Alguien en su hogar:

- Recibió una oferta de seguro basado en el empleo, incluso si no se inscriben en él.
- Obtuvo cobertura de un programa público como Medicaid, el Programa de seguro médico para niños (CHIP) o Medicare.
- Pierde cobertura, como cobertura basada en el empleo o Medicaid

Si alguien en su hogar obtuvo cobertura basada en el trabajo (ya sea a través de su empleador o de un miembro de su familia), es posible que desee [cancelar su plan del Mercado.](#)

Cambio de miembro del hogar o individuo:

- Nacimiento o adopción
- Colocar a un niño en adopción o cuidado de crianza
- Quedar embarazada
- Matrimonio o divorcio
- Un niño en su plan cumple 26 años
- Muerte
- Ganar o perder un dependiente de otra manera
- Mudarse a una nueva dirección permanente en el **mismo estado**

No actualice su solicitud si se muda a **otro estado.** [Aprenda qué hacer cuando se mude fuera del estado.](#)

Correcciones de nombre, fecha de nacimiento o número de Seguro Social

Cambios de estado:

SEP que requieren el centro de llamadas o un trabajador social de CMS

Salida de la brecha de cobertura de Medicaid

Resolución de un problema de coincidencia de datos

Error/inacción/tergiversación/conducta indebida

Error de visualización del plan o de los beneficios

Incumplimiento del plan de salud

Sobrevivientes de violencia doméstica, abuso o abandono conyugal

Obtención de la elegibilidad para un acuerdo de reembolso de salud

Circunstancias excepcionales

Declaraciones de emergencia y desastre importante por parte de la FEMA



Nota: Comience en el centro de llamadas para estos SEP. Según el SEP, el centro de llamadas puede remitir el caso a un trabajador social de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés).

Verificación para el SEP



Cambio en la política de verificación

- Es posible que algunas personas que completen una nueva solicitud en CuidadoDeSalud.gov fuera de la inscripción abierta deban presentar documentación para demostrar que son elegibles para un SEP **antes** de que entre en vigencia la inscripción en un QHP y puedan usar su cobertura
 - Esto se denomina problema de verificación para el SEP (SVI, por sus siglas en inglés)
- Vigente a partir de julio de 2022: se aplica la verificación antes de la inscripción **solo al SEP por pérdida de la cobertura**
 - La política anterior requería la verificación antes de la inscripción para varios eventos desencadenantes adicionales (mudanza permanente, matrimonio, adquisición/pérdida de un dependiente, denegación de Medicaid/CHIP)
 - Motivo del cambio: tener que proporcionar documentos presentaba un obstáculo para la inscripción, especialmente para los solicitantes de raza negra y para los más jóvenes
- La verificación antes de la inscripción **no se aplica** a las personas que pierden la cobertura de Medicaid/CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024* (personas que califican para el "SEP por proceso de 'unwinding'")

*A partir del 28 de marzo de 2024, este SEP se extendió hasta el 30/11/24 en los estados de CuidadoDeSalud.gov.

Verificación para el SEP por pérdida de otra cobertura

- Cuando un nuevo solicitante declara haber perdido otra cobertura:
 - CuidadoDeSalud.gov usará fuentes de datos electrónicos para verificar automáticamente la elegibilidad para el SEP cuando sea posible
 - Quizá se les pida a algunos solicitantes que proporcionen documentación de elegibilidad para el SEP. Las personas que se encuentren en esa situación tendrán **30 días para proporcionar la documentación**. Consulte el aviso de selección de plan pendiente para conocer el plazo para presentar los documentos
 - Una vez que se verifique la elegibilidad para el SEP, el archivo de inscripción se enviará al asegurador y el solicitante tendrá que pagar la prima del primer mes para que comience su cobertura
- Los mercados estatales que no usan CuidadoDeSalud.gov no están obligados a realizar una verificación antes de la inscripción de la elegibilidad para el SEP

Nota: Las personas que no puedan presentar la documentación requerida pueden presentar una carta de explicación al Mercado de Salud. Hay una plantilla disponible aquí: <https://www.healthcare.gov/downloads/letter-of-explanation.pdf>

Fecha de entrada en vigencia de la cobertura una vez que se resuelva el SVI

- Una vez que se verifique la elegibilidad para un SEP, la cobertura generalmente comenzará en la fecha de entrada en vigencia de la cobertura original
 - El solicitante debe pagar la prima del primer mes para efectuar la inscripción una vez que se resuelva el SVI
- Si el SVI se resuelve después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura original, la cobertura comenzará retroactivamente
 - El asegurador será responsable de pagar las reclamaciones sobre cualquier servicio cubierto en ese período retroactivo
 - Si un SVI se resuelve más de 2 meses después de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura original, la persona puede elegir que la cobertura comience 1 mes después de la fecha de entrada en vigencia original

Verificación para el SEP frente a problema de coincidencia de datos frente a comprobación de identidad

	Problema de verificación para el SEP (SVI)	Problema de coincidencia de datos (DMI)	Comprobación de identidad (ID)
Lo que hay que comprobar	Elegibilidad para la inscripción mediante el SEP por pérdida de la cobertura	Factor de elegibilidad, como la ciudadanía, el estatus de inmigración o los ingresos	Identidad (para tener acceso completo a una cuenta en línea)
Impacto en la inscripción	Puede elegir un plan, pero la inscripción estará pendiente hasta que se compruebe la elegibilidad para el SEP	Puede inscribirse en la cobertura y usarla mientras se resuelve el DMI	Puede inscribirse en la cobertura mediante el Centro de Llamadas o la solicitud impresa (puede enviar documentos al mismo tiempo)
Plazo para presentar los documentos	30 días después de seleccionar un plan	90 o 95 días después de solicitar la cobertura	Ninguno
Si no se resuelve	No podrá inscribirse en la cobertura (se cancelará la selección del plan)	Según el factor de elegibilidad, la persona perderá la elegibilidad para el subsidio, perderá la cobertura o se ajustará el monto de su subsidio	La cobertura no se ve afectada; no puede usar la cuenta en línea para enviar una solicitud, elegir un plan o recibir avisos, entre otras cosas

Restricciones en la opción de plan para afiliados actuales



Restricciones en la selección del plan

- Para la mayoría de los SEP, los afiliados actuales del mercado solo pueden cambiar de plan **en el mismo nivel de metal que su plan actual**
 - Excepción:
 - Si no hay otros planes disponibles en el mismo nivel de metal, puede inscribirse en un plan de un nivel de metal más alto o más bajo
- Los afiliados pueden usar el SEP desencadenado por un cambio en la elegibilidad para las CSR para:
 - Cambiar a un plan de nivel plata si aún no está inscrito en uno.
 - Cambiar de planes en el mismo nivel de metal que su plan actual

Niveles de reducción de los costos compartidos (planes de nivel plata)

Valor actuarial (AV, por sus siglas en inglés)	CSR: 94% del AV	CSR: 87% del AV	CSR: 73% del AV
Intervalo de ingresos	Hasta el 150% del FPL	151 a 200% del FPL	201 a 250% del FPL

Restricciones en la selección del plan

- Los afiliados a planes de nivel plata que no sean elegibles para las reducciones de los costos compartidos pueden usar su SEP para inscribirse en un plan de nivel bronce u oro
- Los afiliados actuales del mercado que califican para el SEP por matrimonio o nacimiento/adopción/colocación en crianza temporal solo pueden hacer lo siguiente:
 - Agregar al nuevo dependiente o cónyuge a su plan actual del mercado
 - Inscribir al nuevo dependiente o cónyuge por separado en cualquier plan
 - Excepciones:
 - Si el plan actual de un afiliado no cubre a los dependientes, el afiliado y el dependiente pueden inscribirse juntos en un nuevo plan con el mismo nivel de metal que el plan actual del afiliado

SEP exentos de las restricciones en la selección del plan

- SEP para indígenas estadounidenses o nativos de Alaska (AI/AN)
- Errores/tergiversación por parte del Intercambio o de una entidad de intercambio que proporciona ayuda para la inscripción o realiza actividades de inscripción
- Sobrevivientes de abuso doméstico o abandono conyugal
- Obtención de la elegibilidad para un acuerdo de reembolso de salud
- Circunstancias excepcionales
- Declaraciones de emergencia y desastre importante por parte de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)

Preguntas y respuestas



Recursos



Tabla de referencia: Guía sobre los períodos especiales de inscripción

Tabla de referencia sobre los SEP

REFERENCIAL CHART					
GUÍA SOBRE LOS PERÍODOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN					
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
PERDIDA 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</p> <p>en algún momento entre el 3/31/23 y el 7/31/24</p> <p>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</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</i></p> <p><i>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</i></p> <p><i>bien el día 1 del mes siguiente a la pérdida de la cobertura anterior; o</i></p> <p><i>el día 1 del mes siguiente a la selección del plan</i></p>	<p>SÍ - Mismo nivel de metal que el plan actual¹</p> <p>Si el dependiente usa el SEP:</p> <ul style="list-style-type: none"> Agregar al plan actual² Inscribir en un plan por separado en cualquier nivel de metal 	<p>Solicitud del Mercado de Salud</p>

Página 4 de 12

Beyond
the Basics

- Las circunstancias que desencadenan un SEP
- Quién puede desencadenar un SEP
- Fecha de entrada en vigencia de la cobertura una vez que se selecciona un plan
- Limitaciones de selección de planes
- Cómo acceder al SEP

Materiales de divulgación de Community Catalyst

- Community Catalyst proporciona una variedad de [recursos de divulgación SEP](#) impresos y digitales
 - Muchos de los recursos son editables.
 - Se ofrecen en español (y otras idiomas)



¿Vas a decir “sí, acepto”?

Ustedes dos podrían calificar para un mejor plan médico en cuidadodesalud.gov




¿Tu familia está creciendo?

Podrías calificar para un plan médico nuevo.



¿Te acabas de divorciar y estás buscando cubierta médica?

Cuidadodesalud.gov te puede ayudar.



¿Acabas de enviudar y necesitas un seguro médico?

Cuidadodesalud.gov te puede ayudar.

Más información:

OutreachHub@communitycatalyst.org

Recursos adicionales

En Español

- Beyond the Basics: [Guía sobre los períodos especiales de inscripción](#)
- Beyond the Basics: Seminario de web: [Navegando el proceso de revision de elegibilidad de Medicaid "unwinding"](#)
- Beyond the Basics: Seminario de web: [Asistiendo a consumidores hispanos a obtener cobertura médica: consejos y mejores practices](#)
- Beyond the Basics: [Planilla de cálculos de ingresos](#)
- [Ejemplos de avisos del CiudadodeSalud.gov](#)

En Inglés

- Special enrollment period regulations can be found at [45 CFR 155.420](#)
- [HealthCare.gov SEP information](#)
 - [List of SEPs for complex issues](#)
- [Information on the temporary "Unwinding SEP" for loss of Medicaid/CHIP coverage](#)
- [Information on the low-income SEP](#)
- [Sample marketplace notices](#)
 - [Documenting loss of MEC](#)
- [Beyond the Basics Webinar on Unwinding the Medicaid COVID-19 Continuous Coverage Requirement](#)
- [Beyond the Basics Webinar on Marketplace Appeals](#) (including SEP appeals)
- [Beyond the Basics Employer Coverage & Premium Tax Credit Eligibility Tool](#)

Contact

- beyondthebasics@cbpp.org
- www.healthreformbeyondthebasics.org

Este es un proyecto del Center on Budget and Policy Priorities
www.cbpp.org