

Pautas para el Periodo especial de inscripción para personas menores de 65 años

ÍNDICE

1. PÉRDIDA DE COBERTURA DE SALUD CALIFICADA	2
2. CAMBIO EN EL NÚMERO DE INTEGRANTES DEL HOGAR	3
3. CAMBIO EN LA VIVIENDA PRINCIPAL	3
4. CAMBIO EN LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS O EN LA AYUDA PARA PAGAR POR LA COBERTURA	4
5. ERROR EN LA INSCRIPCIÓN O EN EL PLAN	5
6. CANCELACIÓN DE MEDICAID	6
7. OTROS CAMBIOS QUE CALIFICAN	7
8. EJEMPLOS DE ERRORES/IRREGULARIDADES EN UN SEP	8
9. INFORMAR ACERCA DE UN EVENTO QUE CAMBIA SU VIDA	9
10. COMPARACIÓN DE DATOS DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS POR IRREGULARIDADES	10
11. APÉNDICE	11

Periodo especial de inscripción para individuos menores de 65 años

PÉRDIDA DE COBERTURA DE SALUD CALIFICADA

Descripción de un SEP	Cobertura previa requerida	Dentro del FFM	Fuera del FFM	Plazo	Acción	Fechas de inicio	Documentación necesaria
Un consumidor o dependiente pierde la Cobertura Esencial Mínima (Minimum Essential Coverage, MEC ¹)	✓	✓	✓	60 días antes y 60 días después del evento que califica	Comprar un plan nuevo	Antes y después del evento que califica*	Declaración del miembro
Los cambios en la cobertura patrocinada por el empleador actual, como el aumento del aporte de los empleados, la participación en los costos, la reducción de los beneficios o la reducción del costo compartido hacen que el consumidor o dependiente sea elegible para APTC.	✓	✓	✓	60 días antes y 60 días después del evento que califica	Comprar un plan nuevo	Antes y después del evento que califica*	Declaración del miembro
Un consumidor o dependiente recientemente obtiene acceso a una cobertura individual HRA (ICHRA) o recibe un arreglo de reembolso de gastos de salud de un empleador pequeño calificado (QSEHRA).[2] El evento calificador es el primer día en que puede entrar en vigencia la cobertura para el individuo calificado, para el afiliado o para el dependiente bajo la cobertura individual HRA, o el primer día en que entra en vigencia la cobertura bajo el QSEHRA.	X	✓	✓	Si la ICHRA o el QSEHRA dieron un aviso de 90 días: 60 días antes del evento que califica. Si no es necesario un aviso: 60 días antes del evento que califica.	Adquirir un QHP	Antes o después del Evento que Califica, con excepciones. ³	Declaración del miembro
Cualquier miembro de Florida Blue antes de la Ley de Seguro Médico a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA) (excepto seguro temporal o Family Blue) que quiere un plan ACA de Florida Blue	✓	X	✓		Cambiar de plan	Regla General**	Declaración del miembro

¹Incluyendo pero no limitado a:

- Medicaid o Programa de seguro médico para niños (Children Health Insurance Program, CHIP)
- Tricare
- El fin del año del plan para cualquier plan de salud para grupos o de cobertura pre-ACA en un año que no es calendario
- Expira COBRA
- Pérdida de la cobertura de Medicaid relacionada con el embarazo
- Pérdida de cobertura de Medicaid médicamente necesaria, también conocida como "spend-down" (SEP disponible solamente una vez por año calendario)
- Pérdida de cobertura del Mercado de seguros médicos debido a un Problema de Comparación de Datos (Data Matching Issue, DMI) no resuelto (Fuera del Mercado solamente)
- La terminación de un suscriptor resulta en una inscripción para grupos no válida
- Finaliza el servicio en AmeriCorps

Nota: Esto no incluye a los consumidores que perdieron su cobertura por no pagar las primas, o por fraude o declaración falsa intencional de hechos relevantes

²El individuo califica para el SEP independientemente de si se le ofreció o se inscribió previamente en una ICHRA o un QSEHRA, siempre y cuando no se haya inscrito en la ICHRA o en el QSEHRA el día inmediatamente anterior al primer día de cobertura.

³La inscripción debe ser el mismo día si el QSEHR o la ICHRA empiezan el primer día del mes y se inscriben ese mismo día.

* Antes y después del evento que califica: En algunos SEP donde se puede planificar el evento que califica, la fecha efectiva dependerá de si el individuo se inscribió antes o después del evento que califica. Si un individuo se inscribe antes del evento que califica, la fecha de inicio de la cobertura es el primero del mes posterior al evento que califica. Si un individuo se inscribe después del evento que califica, la fecha de inicio de la cobertura sigue la regla de inscripción acelerada.

** Regla General (Fechas de inicio regulares): Si el miembro se inscribe entre el día 1 y el día 15 del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes siguiente. Si el miembro se inscribe entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes posterior al siguiente.

CAMBIO EN EL NÚMERO DE INTEGRANTES DEL HOGAR

Descripción de un SEP	Cobertura previa requerida	Dentro del FFM	Fuera del FFM	Plazo	Acción	Fechas de inicio	Documentación necesaria
Un consumidor adquiere un dependiente a través del nacimiento, la adopción, la colocación para adopción, la colocación en cuidado temporal (foster care) o mediante una orden judicial	X	✓	✓	60 días a partir de la fecha del evento	Si no tiene seguro, comprar un plan Si está asegurado a través del Mercado de seguros médicos, agregar el dependiente a la póliza familiar ²	Retroactiva*	Declaración del miembro
Un consumidor se convierte en un dependiente a través del nacimiento, la adopción, la colocación para adopción, la colocación en cuidado temporal (foster care) o mediante una orden judicial	X	✓	✓	60 días a partir de la fecha del evento	Comprar un plan	Retroactiva*	Declaración del miembro
Un individuo obtiene un dependiente o se convierte en dependiente a través del matrimonio	✓ ³	✓	✓	60 días a partir de la fecha del evento	Agregar los dependientes elegibles a la póliza familiar ⁴ o a la póliza individual	Acelerada**	Declaración del miembro
Un consumidor pierde un dependiente o ya no es considerado un dependiente debido a un divorcio, una separación legal o la muerte	N/A	X	X	N/A	Verificar el cambio de ingreso del consumidor, el estatus de dirección y/o la posible pérdida de MEC para ver si califican para un SEP diferente	N/A	Declaración del miembro

* Inscripción retroactiva: La fecha de inicio de la cobertura es la misma fecha del evento calificador que activó el SEP.

** Inscripción acelerada: La fecha de inicio de la cobertura es siempre el día 1 del mes siguiente con respecto a cuando el miembro presenta su solicitud para inscribirse.

CAMBIO EN LA VIVIENDA PRINCIPAL

Descripción de un SEP	Cobertura previa requerida	Dentro del FFM	Fuera del FFM	Plazo	Acción	Fechas de inicio	Documentación necesaria
Un consumidor o afiliado o su dependiente obtiene acceso a nuevos planes como resultado de una mudanza permanente ⁵	No se requiere cobertura previa si el consumidor se está mudando de un territorio de los Estados Unidos, incluyendo Puerto Rico, o un país extranjero.	✓	✓	60 días a partir de la fecha del evento	Inscribirse en un plan Los afiliados en el Mercado de seguros médicos seleccionan un plan con el mismo nivel de metal	Regla General**	Declaración del miembro

² Use el formulario para agregar un dependiente fuera del Mercado de seguros médicos.

³ Uno de los cónyuges debe tener cobertura.

⁴ Use el formulario para agregar un dependiente fuera del Mercado de seguros médicos.

⁵ Un traslado únicamente por tratamiento médico o por vacaciones no califica para este SEP.

**Regla General (Fechas de inicio regulares): Si el miembro se inscribe entre el día 1 y el día 15 del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes siguiente. Si el miembro se inscribe entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes posterior al siguiente.

** Inscripción acelerada: La fecha de inicio de la cobertura es siempre el día 1 del mes siguiente con respecto a cuando el miembro presenta su solicitud para inscribirse.

CAMBIO EN LA ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS O EN LA AYUDA PARA PAGAR POR LA COBERTURA

Descripción de un SEP	Cobertura previa requerida	Dentro del FFM	Fuera del FFM	Plazo	Acción	Fechas de inicio	Documentación necesaria
Un consumidor que no estaba legalmente presente obtiene presencia legal ⁶ cuando recibe el estatus de ciudadano, nacional o individuo legítimamente presente o liberado de la cárcel	X	✓	✓	60 días a partir de la fecha del evento	Inscribirse en un plan Los afiliados en el Mercado de seguros médicos seleccionan un plan con el mismo nivel de metal	Inscripción acelerada ^{••}	Declaración del miembro
Las personas elegibles para un APTC con un ingreso familiar proyectado de menos del 150 por ciento del Nivel Federal de Pobreza pueden agregar a un dependiente, inscribirse en un plan Plata o cambiar a un nuevo plan Plata hasta una vez por mes. La inscripción puede ser en un plan Plata junto con el dependiente o en un plan Plata separado del dependiente.	X	✓	X	Este SEP (Período Especial de Inscripción) durará mientras estén disponibles los beneficios mejorados del APTC del Plan de Rescate Americano o una ley o normativa posterior. Las mejoras del APTC del Plan de Rescate Americano están actualmente programadas para durar hasta el 2025.	Para personas con seguro: agregue a un dependiente al plan actual, cambie a un plan Plata, cambie a un plan Plata junto con el dependiente o cambie al dependiente a un plan Plata e insíbase en un plan Plata diferente. Insíbase en cualquier plan con cualquier nivel de metal.	Inscripción acelerada ^{••}	Declaración del miembro
Un afiliado o dependiente es nuevamente elegible o no es elegible para el crédito fiscal avanzado para la prima (advance premium tax credit, APTC) ⁷	✓	✓	✓	60 días a partir de la fecha del evento	Seleccionar un nuevo plan ⁸	Inscripción acelerada ^{••}	Declaración del miembro
El afiliado o dependiente se convierte en elegible para recibir el subsidio de Reducción de Costos Compartidos (Cost-Sharing Reduction subsidy, CSR)	✓	✓	X	60 días a partir de la fecha del evento	Seleccionar un nuevo plan plata	Inscripción acelerada ^{••}	Declaración del miembro
El afiliado o dependiente ya no es elegible para recibir un APTC o ya no es elegible para recibir un CSR	✓	✓	✓	60 días a partir de la fecha del evento	Seleccionar un nuevo plan ⁸	Inscripción acelerada ^{••}	Declaración del miembro
En la brecha de cobertura de Medicaid (es decir, por debajo del 100% del Nivel federal de pobreza [Federal Poverty Level, FPL]) durante un Periodo de inscripción abierta (Open Enrollment Period, OEP) pero recién elegible para APTC ¹⁰	X	✓	X	60 días a partir de la fecha del evento	Seleccionar un plan	Inscripción acelerada ^{••}	Declaración del miembro
Obtiene o mantiene el estatus de miembro de una tribu reconocida a nivel federal o de accionista en una Corporación Nativa de Alaska ¹¹	✓	✓	X	Una vez al mes	Seleccionar un plan o cambiar de plan	Inscripción acelerada ^{••}	Declaración del miembro

⁶ Los consumidores que cambian de un estado legalmente presente a otro no califican para este SEP.

⁷ NO está disponible para ajustar la cantidad de APTC.

⁸ Si el ya está inscrito en el Mercado de seguros médicos, no puede cambiar el nivel de metal de su plan.

⁹ Documentación necesaria sólo fuera del Mercado de seguros médicos.

¹⁰ Un consumidor se convierte en elegible para un APTC porque sus ingresos aumentan por encima del 100% del FPL y no era elegible para el crédito APTC durante un OEP porque su ingreso familiar era inferior al 100% del FPL. Esto sólo se aplica a las personas que viven en un estado, como Florida, sin la Expansión de Medicaid.

¹¹ Como se define en la sección 4 de la Ley de Mejoramiento del Cuidado de la Salud de los Indígenas (Indian Health Care Improvement Act), que requiere que el solicitante sea un miembro reconocido de una tribu indígena. Los dependientes de los indígenas pueden hacer cambios en el plan cuando el solicitante lo hace, pero esto puede afectar la elegibilidad del subsidio.

****Regla General (Fechas de inicio regulares):** Si el miembro se inscribe entre el día 1 y el día 15 del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes siguiente. Si el miembro se inscribe entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes posterior al siguiente.

**** Inscripción acelerada:** La fecha de inicio de la cobertura es siempre el día 1 del mes siguiente con respecto a cuando el miembro presenta su solicitud para inscribirse.

ERROR EN LA INSCRIPCIÓN O EN EL PLAN

Descripción de un SEP	Cobertura previa requerida	Dentro del FFM	Fuera del FFM	Plazo	Acción	Fechas de inicio	Documentación necesaria
Un error en el Mercado de seguros médicos resulta en una inscripción errónea o en un error técnico Esto podría incluir un retraso en la inscripción en el Mercado de seguros médicos	✓	✓	✓ Solicitud impresa únicamente	Hasta 60 días	Seleccionar un plan	Retroactiva*o Acelerada**, como lo escoja el consumidor ¹²	Declaración del miembro
El Mercado de seguros médicos o la Oficina de Regulación de Seguros (Office of Insurance Regulation, OIR) determina que un emisor violó una disposición importante del contrato	✓	✓	✓	Hasta 60 días	Seleccionar un plan con el mismo nivel de metal	Retroactiva*o Acelerada**, como lo escoja el consumidor	Declaración del miembro
Denegación de Medicaid/CHIP: El Mercado de seguros médicos determina que un consumidor o dependiente es potencialmente elegible para Medicaid o CHIP, pero después de que expire el periodo de inscripción de OEP o del SEP, la Ley de Cuidado de Salud de los Estados Unidos (American Health Care Act, AHCA) determina que no son elegibles	X	✓	✓	Hasta 60 días	Inscribirse en un plan	Retroactiva*o Acelerada**, como lo escoja el consumidor ¹³	Declaración del miembro
Denegación de Medicaid/CHIP: El consumidor o dependiente aplica para Medicaid durante el OEP y se determina como inelegible después de que finaliza el OEP	X	✓	✓	Hasta 60 días	Inscribirse en un plan	Retroactiva*o Acelerada**, como lo escoja el consumidor	Declaración del miembro
Error importante en el plan o en la manera en que aparecen los beneficios: Un error importante influyó en la decisión de un individuo calificado en cuanto a comprar un plan a través del Mercado de seguros médicos ¹⁴	✓	✓	X	Hasta 60 días	Inscribirse en un plan o seleccionar un plan con el mismo nivel de metal	Fecha correspondiente según las circunstancias del SEP	Declaración del miembro

¹² Hay excepciones de acuerdo al tipo de error.

¹³ Parece que hay alguna ambigüedad en los lineamientos, probablemente en cómo se está manejando.

¹⁴ El error debe estar relacionado con los beneficios del plan, el área de servicio o la prima.

* Inscripción retroactiva: La fecha de inicio de la cobertura es la misma fecha del evento calificador que activó el SEP.

** Inscripción acelerada: La fecha de inicio de la cobertura es siempre el día 1 del mes siguiente con respecto a cuando el miembro presenta su solicitud para inscribirse.

** Regla general (Fechas de inicio regulares): Si el miembro se inscribe entre el día 1 y el día 15 del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes siguiente. Si el miembro se inscribe entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes posterior al siguiente.

CANCELACIÓN DE MEDICAID

Descripción de un SEP	Cobertura previa requerida	Dentro del FFM	Fuera del FFM	Plazo	Acción	Fechas de inicio	Documentación necesaria
El Período Especial de Inscripción (SEP) del Mercado para individuos calificados y sus familias que pierdan la cobertura de Medicaid o CHIP debido al fin de la inscripción continua, también conocida como "cancelación", permitirá a las personas y familias en los Mercados atendidos por HealthCare.gov inscribirse en cobertura médica del Mercado fuera del período anual de inscripción abierta.	X	✓	X	Los consumidores elegibles para el SEP debido a la Cancelación tienen 60 días desde la presentación de la solicitud para elegir un plan del Mercado con una cobertura que comience el primer día del mes siguiente a la elección del plan.	Los consumidores elegibles para el mercado que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y declaren una última fecha de cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período de tiempo, son elegibles para un SEP debido a la Cancelación.	Regla General**	Declaración del miembro

** Regla general (Fechas de inicio regulares): Si el miembro se inscribe entre el día 1 y el día 15 del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes siguiente. Si el miembro se inscribe entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes posterior al siguiente.

OTROS CAMBIOS QUE CALIFICAN

Descripción de un SEP	Cobertura previa requerida	Dentro del FFM	Fuera del FFM	Plazo	Acción	Fechas de inicio	Documentación necesaria
Violencia doméstica o abandono conyugal: Un consumidor o su dependiente necesita inscribirse en una cobertura separada de la del autor del abuso o del abandono	X	✓	✓	60 días	Inscribirse en un plan o seleccionar un plan	Inscripción acelerada**	Declaración del miembro
Un consumidor resuelve un problema de Comparación de Datos (DMI) después de la expiración de un periodo de irregularidad	X	✓	X	60 días	Restituir inscripción o inscribirse en un plan	Retroactiva*o Acelerada**, como lo escoja el consumidor	Declaración del miembro
Un consumidor tiene un ingreso familiar anual inferior al 100 por ciento del Nivel Federal de Pobreza (FPL) y no se inscribió en la cobertura mientras esperaba que HHS verificara que se encuentra bajo el estatus de ciudadano, de nacional o de inmigrante¹⁵	X	✓	X	60 días	Inscribirse en un plan	Retroactiva*o Acelerada**, como lo escoja el consumidor	Declaración del miembro
Desastres naturales: consumidor o sus dependientes afectados por un incidente declarado formalmente como emergencia o desastre de magnitud por la Agencia Federal de Manejo de Emergencias (FEMA, por sus siglas en inglés)	X	✓	✓	60 días	Inscribirse en un plan	Depende de la naturaleza de la inscripción afectada por el desastre natural	Declaración del miembro
Circunstancia excepcional: Los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) pueden conceder un SEP en circunstancias específicas como incapacidad	X	✓	X	Hasta 60 días	Inscribirse en un plan	Fecha correspondiente según las circunstancias del SEP	Declaración del miembro

¹⁵ Los individuos que están bajo el 100% del FPL pueden calificar para subsidios si no son ciudadanos. Esto se debe a que cuando se redactó el ACA, se asumió que los ciudadanos tendrían acceso a la expansión de Medicaid, pero los que no eran ciudadanos no lo tendrían.

* Inscripción retroactiva: La fecha de inicio de la cobertura es la misma fecha del evento calificador que activó el SEP.

** Inscripción acelerada: La fecha de inicio de la cobertura es siempre el día 1 del mes siguiente con respecto a cuando el miembro presenta su solicitud para inscribirse.

** Regla general (Fechas de inicio regulares): Si el miembro se inscribe entre el día 1 y el día 15 del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes siguiente. Si el miembro se inscribe entre el día 16 y el último día del mes, la fecha de inicio de la cobertura es el día 1 del mes posterior al siguiente.

Visitar <https://www.fema.gov/disasters> para consultar la totalidad de emergencias y desastres de magnitud declaradas por FEMA.

EJEMPLOS DE ERRORES/IRREGULARIDADES EN UN SEP

Categoría	Ejemplos	Descripción
Errores en la inscripción cometidos por el emisor (errores de Florida Blue)	Los consumidores inscritos a través del Mercado de seguros médicos de los cuales Florida Blue no obtuvo información debido a problemas técnicos.	Florida Blue no puede inscribir al consumidor debido a que el archivo de inscripción contiene información errónea, faltan datos o hubo errores en el sistema de lectura de los datos.
Errores del sistema relacionados con el estado de inmigración	Los solicitantes que no son ciudadanos y se encuentran por debajo del 100% de la línea de pobreza que son elegibles para un crédito fiscal para primas y reducciones del costo compartido, pero no recibieron la elegibilidad correcta	Un error en el procesamiento de las solicitudes enviadas por inmigrantes resultó en un resultado de elegibilidad incorrecto cuando el consumidor trató de solicitar cobertura.
Transferencia de Medicaid/CHIP al Mercado de seguros médicos	<p>Consumidores que:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El Mercado de seguros médicos evaluó como elegibles para Medicaid o CHIP. 2. Una agencia de Florida consideró que no son elegibles para Medicaid o CHIP y 3. No fueron transferidos de vuelta al Mercado de seguros médicos durante el OEP. <p>Los consumidores a quienes se les negó la inscripción en Medicaid o CHIP y fueron remitidos al Mercado de seguros médicos durante el periodo de inscripción abierta.</p>	Consumidores que no son elegibles para Medicaid o CHIP y sus solicitudes no se transfirieron entre el Medicaid o agencia CHIP y el Mercado de seguros médicos del estado en el momento en que el consumidor se inscribió en un plan durante el periodo de inscripción abierta.
Errores en la información que apareció en la página de Internet del Mercado de seguros médicos	Una discrepancia entre el pago mensual, los beneficios, o el copago/deducible en el sitio de Internet healthcare.gov y los documentos del plan.	Se mostraron datos incorrectos del plan cuando el consumidor seleccionó el plan de salud, como beneficios e información de costo compartido.
La póliza familiar no se manejó correctamente	Florida Blue reconoce convivientes. Florida Blue permite dependientes en las pólizas hasta los 30 años.	El Mercado de seguros médicos no permitió a los consumidores con ciertas categorías de relaciones familiares inscribirse en una póliza familiar que permite ese tipo de relación.
Mensajes de error	Mensaje de error que indica que las fuentes de datos no estaban disponibles y no pudieron continuar con la inscripción.	El consumidor no puede completar la inscripción debido a mensajes de error.
Problemas en la solicitud que no se resolvieron a tiempo	Consumidores que empezaron el manejo de su caso pero no se resolvió el problema antes del final del periodo de inscripción anual.	Un consumidor recibe ayuda de un agente de caso del Mercado de seguros médicos sobre un problema de inscripción que no se resolvió antes del 31 de marzo.
Fuera del área de servicio	Consumidores que fueron notificados que residen fuera del área de servicio del plan en el que están inscritos.	Inicialmente, el Mercado de seguros médicos tenía problemas para prevenir a los miembros que se estaban inscribiendo en un plan que estaba fuera de su área de servicio. Estos miembros debieron haber recibido una carta en la que se les informara del problema y que sirviera como un evento que califica para un periodo de inscripción especial.

INFORMAR ACERCA DE UN EVENTO QUE CAMBIA SU VIDA

Evento	Dentro del Mercado de seguros médicos	Fuera del Mercado de seguros médicos
<p>Cambio de nombre, correo electrónico, tiene una dirección nueva en el mismo condado</p> <p>Método de comunicación preferido</p> <p>Representante autorizado</p>	<p>El miembro debe comunicarse con el Mercado de seguros médicos al [1-800-318-2596 o por Internet en healthcare.gov] y con el Equipo de servicio al cliente de Florida Blue al 1-877-352-2583 para que haga saber el cambio (seleccionar Membership and Billing [Membresía y Facturación] del menú de opciones) para hacerles saber sobre el cambio</p>	<p>El miembro debe comunicarse con el Equipo de servicios para miembros de Florida Blue al 1-877-352-2583 (seleccionar Membership and Billing [Membresía y Facturación] del menú de opciones) para hacerles saber sobre el cambio</p>
<p>Relación entre los miembros de la familia</p> <p>Cambio en el ingreso, que no afecta el subsidio de APTCs o de CSRs</p> <p>Aumento o disminución en el ingreso anual del hogar proyectado para 2016 o cambio en el ingreso del hogar en mes actual</p> <p>Agregó o removió al miembro de la familia solicitante o no solicitante que aparece en la solicitud</p> <p>Reubicación/cambio de dirección a un nuevo código postal o condado</p> <p>Adquisición o pérdida de otra cobertura de salud</p> <p>Embarazo que podría afectar la elegibilidad para Medicaid bajo las reglas estatales aplicables</p> <p>Cambio en el estado de declaración de impuestos (se presentará o no, una declaración de manera conjunta o separada) o cambio en los dependientes que se reclamarán en los impuestos</p> <p>Recién encarcelado o liberado del encarcelamiento</p> <p>Cambio en el estatus de miembro de la tribu reconocida a nivel federal</p> <p>Se convirtió en discapacitado o necesita atención a largo plazo o ya no necesita atención a largo plazo</p> <p>Cambió a la cobertura disponible del empleador</p> <p>Corrección/actualización de la relación entre los miembros de la familia</p>	<p>El miembro debe ponerse en contacto con el Mercado de seguros médicos [1-800-318-2596 o healthcare.gov]</p>	<p>No tienen que comunicarse con Florida Blue. Recibiremos la actualización por parte del Mercado de seguros médicos..</p>

COMPARACIÓN DE DATOS DEL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS POR IRREGULARIDADES

	Documentación proporcionada al miembro después de la fecha límite	Resultados de la terminación en un Grupo de inscripción no válido
Problema	<p>Si un solicitante o el Mercado de seguros médicos no resuelve una irregularidad de elegibilidad del Mercado para la fecha límite, el solicitante puede calificar para un SEP si la irregularidad sin resolver resultó en una terminación, la pérdida de elegibilidad para APTC, o un cambio de elegibilidad para CSR. El solicitante recibirá 60 días para el SEP si:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El solicitante envía los documentos solicitados al Mercado de seguros médicos; 2) El Mercado de seguros médicos puede resolver la irregularidad; 3) Una vez que se resuelve la irregularidad, el Mercado de seguros médicos determina que el solicitante es elegible para inscribirse en un QHP a través del Mercado de seguros médicos. 	<p>Si se cancela la cobertura de un miembro debido a una irregularidad, los miembros restantes en esa póliza familiar se inscribirán bajo una nueva póliza en el Mercado de seguros médicos sin ese miembro. Sin embargo, si ya no hay una relación entre los miembros restantes para formar un grupo de inscripción, estos dichos miembros tienen un SEP.</p> <p>Por ejemplo, un plan incluye un padre, su hijo y el conviviente. Se cancela la cobertura del padre. Como no hay una relación entre el hijo y el conviviente, calificarían para un SEP.</p>
Fechas del SEP	Dentro de los 60 días de la fecha de terminación	Aviso del Mercado de seguros médicos
Número de teléfono para cambiar de plan	1-800-318-2596 (Mercado de seguros médicos)	1-800-318-2596 Mercado de seguros médicos
Cambios permitidos Dentro del Mercado de seguros médicos	✓	✓
Cambios permitidos Fuera del Mercado de seguros médicos	X	✓
Fecha de inicio	Futura para el primer día del mes o retroactiva para el día después de la terminación, como lo elija del solicitante	Primer día del mes posterior a la terminación o como se determine por el Mercado de seguros médicos
Notas en el SEP	Para elegir este SEP, el solicitante debe ponerse en contacto con el Mercado de seguros médicos y proporcionarles la documentación requerida.	El solicitante recibirá un aviso del Mercado de seguros médicos que indique el proceso y los plazos para este SEP.

APÉNDICE

Cómo enviar documentos para comprobar elegibilidad para la verificación de la inscripción en el Mercado de seguros médicos

Subir documentos es la forma más rápida de hacerlos llegar al Mercado de seguros médicos. Inicie sesión en su cuenta del Mercado de seguros médicos y seleccione "Iniciar una nueva aplicación o subir una que ya existe" (Start a new application or upload an existing one). A continuación, seleccione su aplicación actual y haga clic en Detalles de la aplicación (Application details). Verá un botón para cada elemento. Haga clic en el botón, elija un documento y súbalo.

Si un cliente necesita enviar documentación por correo al Mercado de seguros médicos, pídale que guarde los documentos originales y envíe copias con su nombre y Número de identificación de la solicitud en cada página, junto con la página de códigos de barras incluida en este aviso.

Envíe las copias a:

Health Insurance Marketplace

Attn: Coverage Processing 465 Industrial Boulevard

London, Kentucky 40750-0001

Validación de un SEP antes de la Inscripción

A partir del verano de 2017, los solicitantes

que utilicen ciertos tipos de eventos que califican para un SEP estarán sujetos a un proceso de verificación previa a la inscripción. Se les requerirá presentar documentación que confirme su elegibilidad antes de que su inscripción se envíe al emisor y su periodo de inscripción pueda empezar. Los individuos que ya están inscritos en el Mercado de seguros médicos probablemente no tengan que verificar su elegibilidad para un SEP, pero es probable que no puedan inscribirse en un plan con un nivel de metal diferente. Puede encontrar esta información [aquí](#).

Requiere cobertura previa y vive fuera de los Estados Unidos

Cuando un SEP requiere que un consumidor muestre una prueba de cobertura previa, como un SEP por mudanza permanente o por matrimonio, un consumidor también puede satisfacer este requisito si demuestra que vivía fuera de los Estados Unidos o en un territorio de los Estados Unidos cuando ocurrió el evento que califica. Sin embargo, esta es una definición restrictiva de "vivir fuera de los Estados Unidos" y sólo aplica a las siguientes situaciones. Cualquier individuo puede consultar a un profesional de impuestos para determinar si califica.

- Un ciudadano o residente de los Estados Unidos que ha sido un residente de buena fe de un país o países extranjeros durante un periodo ininterrumpido que incluye un año fiscal completo.
- Un ciudadano o residente de los Estados

Unidos que, durante cualquier periodo de 12 meses consecutivos, esté presente en un país o países extranjeros durante al menos 330 días completos en ese periodo.

- Una persona que esté presente durante al menos 183 días durante el año fiscal en Guam, Samoa Americana, las Islas Marianas del Norte, Puerto Rico o las Islas Vírgenes, según sea el caso, y no tenga un domicilio fiscal o una conexión más cercana con los Estados Unidos.

Tarifas de pagos provisionales

Los agentes no deben aceptar los pagos provisionales para los SEP que activan el proceso de verificación previa a la inscripción, ya que no sabremos si un consumidor se inscribirá hasta que finalice el proceso de verificación previa a la inscripción. Si bien es importante asegurar un pago provisional, podemos evitar situaciones complicadas y solicitantes impacientes si esperamos hasta que su SEP se verifique. Los pagos provisionales durante el Período Especial de Inscripción deben hacerse dentro de los 30 días después de la fecha de envío (a diferencia del Período de Inscripción Abierta en donde el plazo vence en la fecha efectiva).

Tipos de pagos provisionales para un SEP cuando se usa una solicitud IST:

- Tarjeta de crédito (Visa, MC)
- Tarjeta de débito (sin código PIN)
- Transferencia electrónica de fondos (EFT/ACH)

Tipos de pagos provisionales para un SEP cuando se usa una solicitud IST:

- Cheque
- Cheque de gerencia
- Orden de pago (money order)

COBRA y el Mercado de seguros médicos

Cuando una persona renuncia a su trabajo, puede ser elegible para cobertura de COBRA. Puede elegir COBRA, o si es elegible para un SEP debido a la pérdida de MEC, puede inscribirse en un plan ACA.

Si va a reemplazar COBRA con una cobertura de la ACA FUERA del Periodo de Inscripción

Las opciones fuera del periodo de inscripción dependerán si agota la cobertura COBRA o si aún no se ha inscrito en la misma.

Si su cobertura COBRA termina fuera del Periodo de Inscripción

- Califica para una pérdida de MEC en el Periodo especial de inscripción y pueden inscribirse en un plan de ACA. También puede calificar para un APTC o CSR que puede reducir su prima mensual o costo compartido. Puede comprar Dentro o Fuera del Mercado de seguros médicos.

Si rechaza la cobertura COBRA cuando se le ofrece

- Califica para una pérdida de MEC en el Periodo especial de inscripción y pueden inscribirse en un plan de ACA. También puede calificar para un APTC o CSR que puede reducir su prima mensual o costo compartido. Puede comprar Dentro o Fuera del Mercado de seguros médicos.

Importante:

- Si planifica reemplazar su cobertura COBRA durante el periodo de inscripción abierta, es importante no dejar que su cobertura COBRA finalice antes de comenzar su plan en el Mercado de seguros médicos. Si no, tendrá una brecha en la cobertura.

- Cuando complete una solicitud en el Mercado de seguros médicos, también se averiguará si califica para Medicaid y el Programa estatal de seguro médico para niños (CHIP).

Reducción del costo compartido (CSR)

Una reducción del costo compartido (CSR) reduce la cantidad que tiene que pagar el consumidor en gastos a su cargo por deducibles, coseguro y copagos por servicios médicos. Pueden obtener esta reducción si:

- sus ingresos están por debajo de cierto nivel,
- seleccionan un plan de salud de la categoría Plata,
- y compran un seguro de salud en el Mercado de seguros médicos

Si son miembros de una tribu reconocida federalmente, pueden calificar para recibir beneficios adicionales de costo compartido.

Un individuo califica para un SEP si:

1. hay un cambio en su elegibilidad para una CSR; o
2. ahora no es elegible o ya no califica para un APTC.

Un cambio en sus ingresos o un cambio en el nivel de APTC no resulta en un SEP.

Fuera del Mercado de seguros médicos, si un individuo ya no es elegible para un APTC o una CSR, puede inscribirse en un plan Fuera del Mercado de seguros médicos si usa el Crédito fiscal avanzado para la prima (APTC) del SEP en la solicitud Fuera del Mercado de seguros médicos.

Si un individuo califica para un SEP debido a un cambio de elegibilidad para un CSR, o comienza

a reunir los requisitos para un APTC, esto se comunicará al agente en base a la notificación de elegibilidad recibida del Mercado de seguros médicos mientras recibía ayuda por Internet o mediante una llamada en conferencia con el Mercado de seguros médicos. Se indicará un 4, 5 or 6, lo cual equivale a los planes A, B or C. Puede ir a IST y ofrecer un presupuesto correcto de la tarifa para el consumidor menos el APTC. Solicite al consumidor la información proporcionada en su notificación de elegibilidad, y basado en el 4, 5 ó 6 obtenga los beneficios específicos para un plan A,B, o C.

- 4 = A
- 5 = B
- 6 = C

Se han proporcionado herramientas para calcular la CSR de manera manual. Cuando recibe ayuda para completar las solicitudes en el Mercado de seguros médicos y el consumidor califica para un APTC y una reducción del costo compartido (CSR), esos planes aparecerán para la venta en el Mercado de seguros médicos (On Marketplace). Sin embargo, cuando se crea una propuesta en IST, el plan que se muestra no enseñará el CSR. Para guardar el plan apropiado para el consumidor, debe documentar en Salesforce el plan que el consumidor seleccionó.

Contradicciones en la información del Mercado de seguros médicos (Marketplace Data Matching Inconsistencies, DMI)

El Mercado de seguros médicos envía una carta a los miembros con irregularidad es de elegibilidad no resueltas para notificarles que su cobertura terminó. Los agentes no pueden enviar los documentos de solicitud a sus miembros.

Si un miembro tiene una irregularidad de ingresos no resuelta, el Mercado de seguros médicos volverá a determinar su elegibilidad para un APTC y una CSR con fuentes federales verificadas. Estos miembros pueden esperar que cambie la ayuda financiera y como resultado, pueden calificar para un SEP.

Si la presencia legal de un miembro no se puede verificar, se cancela la cobertura de ese miembro. Todos los demás miembros presentes legalmente en la póliza mantienen la cobertura, y el miembro que perdió la cobertura califica por una pérdida de MEC en un SEP. Si los demás miembros en la póliza no se encuentran en un grupo de inscripción reconocido, también califican para un SEP.

Un miembro a quien se le canceló la cobertura debido a una irregularidad todavía puede proporcionar los documentos necesarios para resolver la irregularidad. Si se resuelve la irregularidad, el miembro puede elegir inscribirse en una cobertura con fecha de inicio el primer día del siguiente mes o retroactivo a la fecha de terminación.

Divorcio/separación

Un divorcio o separación no es de por sí un evento que califica para un SEP. Un individuo es elegible para un SEP si el divorcio o separación resulta en:

- la pérdida del seguro de salud (pérdida de MEC), si el individuo es retirado de la cobertura del ex-cónyuge. Puede usar como prueba una carta de la compañía de seguro cuando solicite cobertura Dentro o Fuera del Mercado de seguros médicos.
- la disminución en el ingreso del hogar que ahora resulta en elegibilidad para un APTC o una CSR.
- una mudanza permanente a un país diferente.

Pueden hacer un cambio a su cobertura o inscribirse en otra cobertura 60 días después del SEP.

Si un individuo está casado y presenta su declaración de impuestos usando el estado civil "Casado declarando por separado" (Married Filing Separately) no será elegible para un crédito fiscal para la prima a menos que cumplan con lo dispuesto en el Aviso 2014-23, que permite a ciertas víctimas de violencia doméstica reclamar el crédito fiscal para la prima mediante la opción "Casado declarando por separado" para el año calendario 2014.

Violencia doméstica o abandono conyugal

Cualquier víctima de violencia doméstica o abandono conyugal con una póliza de seguro de salud es elegible para solicitar este SEP y adquirir una póliza o una cuenta en Healthcare.gov aparte de su victimario. Si está casado con el victimario debe indicar que no está casado en la solicitud. Si decide presentar una declaración de impuestos conjunta debe notificar al Mercado de seguros médicos dentro de los próximos 30 días.