



# Períodos Especiales de Inscripción

Un Período de Inscripción Especial (SEP en inglés) le permite inscribirse en un seguro médico o cambiar de plan fuera del Período de Inscripción Abierta, o durante la Inscripción Abierta para una fecha de inicio adelantada. Puede calificar para un Período Especial de Inscripción a través del Mercado de Seguros Médicos basado en su ingreso o en estas situaciones:

## Cambios de residencia principal

**Usted (o cualquier persona en su hogar) tuvo un cambio en su residencia principal y obtuvo acceso a nuevos planes médicos del Mercado.**

Es posible que califique para un Período Especial de Inscripción con estas mudanzas.

Mudarse a:

- Nuevo código postal o condado.
- Estados Unidos desde un país extranjero o territorio estadounidense.

Se muda hacia o de donde usted:

- Asiste a la escuela (si es estudiante).
- Vive y trabaja (si es trabajador estacional).
- Vive en un refugio u otra vivienda de transición.

Generalmente, sólo califica para un Período Especial de Inscripción si tuvo cobertura médica calificada durante por lo menos un día en los 60 días anteriores a su mudanza. Pero esto **no** aplica si:

- Vivió en un país extranjero o en un territorio de los Estados Unidos durante al menos 1 día en los 60 días anteriores a la mudanza.
- Es miembro de una tribu federalmente reconocida o accionista de la Corporación de la Ley de Liquidación de Reclamaciones de Nativos de Alaska (ANCSA).
- Vivió en un área de servicio donde no pudo obtener cobertura médica calificada del Mercado durante al menos un día durante los 60 días anteriores a su mudanza o durante su período de inscripción más reciente.

## Mudanzas que no cuentan

Mudarse sólo para recibir tratamiento médico o quedarse algún lugar de vacaciones no lo califica para un Período Especial de Inscripción.

## Pérdida del seguro médico

Usted (o cualquier persona en su hogar) perdió la cobertura médica calificada. Algunos ejemplos de cobertura calificada incluyen:

- Cobertura a través de un empleo, o a través del empleo de otra persona. Esto también aplica si ahora es elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura del Mercado porque su empleador dejó de ofrecer cobertura o la cobertura del empleador que tiene ya no se considera cobertura calificada y se le permite cancelar la cobertura del empleador.
- Cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (incluida la cobertura relacionada con el embarazo y la cobertura médicamente necesitada).
- Medicare Parte A (seguro de hospital) o Medicare Advantage (Parte C). **Nota:** La Parte B de Medicare (seguro médico) y la cobertura de medicamentos de Medicare (Parte D) **no son** coberturas calificadas.
- La cobertura de salud individual terminó después de una disminución en los ingresos del hogar hizo que alguien fuera nuevamente elegible para ahorros en un plan del Mercado.
- Cobertura individual o grupal que terminó a mediados del año calendario (no al final del año calendario).
- Cobertura bajo el plan médico de sus padres. Si cumple 26 años y pierde la cobertura, puede que califique para el Período Especial de Inscripción.

### Cuándo informar su pérdida de cobertura

Puede informar una pérdida de cobertura médica calificada hasta 60 días antes o 60 días después de la pérdida de cobertura.

Si perdió o perderá pronto Medicaid o CHIP:

- Tiene hasta 60 días antes de que termine su cobertura de Medicaid o CHIP para solicitar e inscribirse en un plan del Mercado.
- Del 31 de marzo de 2023 al 30 de noviembre de 2024, puede solicitar un plan del Mercado en cualquier momento después de que termine su cobertura de Medicaid o CHIP. Tendrá 60 días después de enviar su solicitud para inscribirse en un plan médico que comenzará a principios del mes siguiente después de completar su inscripción.

## Cambios en el tamaño del hogar

Usted (o alguien en su hogar):

- Contrajo matrimonio.
- Tuvo un bebé, adoptó un niño o colocó a un niño en cuidado de crianza.
- Obtuvo o se convirtió en dependiente debido a una

Generalmente, si ganó o se convirtió en dependiente debido al matrimonio, uno de los cónyuges también debe haber tenido cobertura médica calificada durante al menos un día en los 60 días anteriores al matrimonio. Pero esto **no** aplica si:

- Vivió en un país extranjero o en un territorio de los EE. UU. durante al menos un día de los 60 días anteriores al matrimonio.
- Es miembro de una tribu federalmente reconocida o accionista de la Corporación de la Ley de Liquidación de Reclamaciones de Nativos de Alaska (ANCSA).
- Vivió en un área de servicio donde no pudo obtener cobertura médica calificada del Mercado durante al menos un día durante los 60 días anteriores a su mudanza o durante su período de inscripción más reciente.

## Cambio en la elegibilidad para la cobertura del Mercado o ayuda para pagar la cobertura

Usted (o alguien en su hogar):

- Está inscrito en la cobertura del Mercado y reporta un cambio que lo hace:
  - Recién elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura.
  - No elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura.
  - Elegible para una cantidad diferente de ayuda para pagar los gastos de su bolsillo, como los copagos.
- Recientemente elegible para la cobertura del Mercado, porque se convirtió en un ciudadano, nacional o está legalmente en los Estados Unidos.
- Recientemente elegible para la cobertura del Mercado después ser liberado de su encarcelamiento (detención, cárcel o prisión).

- Obtuvo o mantiene el estatus como miembro de una tribu reconocida federalmente o como accionista de la Corporación de la Ley de Liquidación de Reclamaciones de Nativos de Alaska (ANCSA)
- Recientemente elegible para recibir ayuda para pagar la cobertura del Mercado porque se mudó a otro estado y/o tuvo un cambio en los ingresos del hogar y anteriormente no era elegible para ninguno de estos:
  - Cobertura de Medicaid porque vivió en un estado que no amplió Medicaid.
  - Ayuda para pagar la cobertura porque los ingresos de su hogar estaban por debajo del 100% del nivel federal de pobreza.

## Error en inscripción o plan

### Usted (o alguien en su hogar):

- No fue inscrito en un plan o inscrito en el plan equivocado debido a:
  - Información errónea, tergiversación, mala conducta o falta de acción de una persona con capacidad oficial para ayudarlo a inscribirse (como una compañía de seguros, navegador, asesor de solicitudes certificado, agente o un corredor).
  - Un error técnico u otra demora en la inscripción relacionada con el Mercado.
  - Datos incorrectos del plan (como información de beneficios o costos compartidos) que se muestran en [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov) en el momento en que eligió su plan médico.
- Puede demostrar que su plan del Mercado violó una parte clave de su contrato.

## Otras situaciones

### Usted (o alguien en su hogar):

- Son elegibles para el crédito tributario para primas y tienen un ingreso familiar estimado igual o inferior al 150% del nivel federal de pobreza.
- Solicita, a través del Mercado, para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) durante la Inscripción Abierta, o debido a un evento de vida calificado. Su agencia estatal de Medicaid o CHIP determinó posteriormente después de que terminó la Inscripción Abierta (o más de 60 días después de su evento calificativo) que usted no era elegible.

- Es una víctima de violencia doméstica o abandono conyugal y desea inscribirse en un plan médico sin su abusador o cónyuge.
- Envío los documentos que el Mercado solicitó para confirmar su elegibilidad, pero su cobertura ya había finalizado después de no poder confirmar su elegibilidad.
- Está por debajo del 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL), presentaron documentos para probar
- que tienen un estatus migratorio elegible y no se inscribieron en la cobertura mientras esperaban que sus documentos fueran revisados.
- Es un miembro de AmeriCorps empezando o terminando el servicio en AmeriCorps.
- Puede mostrar que tuvo una circunstancia excepcional que le impidió inscribirse en la cobertura, como ser
- incapacitado, víctima de un desastre natural o afectado por otro tipo de emergencia o desastre nacional o local durante la Inscripción Abierta u otro evento de vida que califique para el Período Especial de Inscripción.
- Recibir un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA) de cobertura individual, o
- recibir un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos para Empleadores Pequeños Calificados (QSEHRA).

### Elegibilidad para Medicaid y CHIP

Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/federal-poverty-level-fpl](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/glossary/federal-poverty-level-fpl) para los números de ingresos utilizados para calcular la elegibilidad para Medicaid y CHIP.

## ¿Y si pienso que califico para un Período Especial de Inscripción?

Puede solicitar e inscribirse en un plan del Mercado en [CuidadoDeSalud.gov](https://CuidadoDeSalud.gov). También aprenderá si es elegible para cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) cuando presente la solicitud. Si se inscribe en la cobertura del Mercado por primera vez, es posible que deba enviar documentos para confirmar que califica para un Período Especial de Inscripción.

También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para inscribirse por teléfono (los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325). Dígale al representante que cree que es elegible para un Período Especial de Inscripción. Ellos confirmarán si lo es.

Cuando presente su solicitud, debe dar fe de que la información que proporciona en la solicitud es verdadera, incluidos los hechos que lo califican para un Período de inscripción especial.

Si solicita cobertura médica en un estado que tiene su propio Mercado, es posible que su estado tenga Períodos Especiales de Inscripción distintos de los que se enumeran aquí.

## ¿Qué sucede si el Mercado necesita documentos para confirmar mi Período Especial de Inscripción?

Después de enviar su solicitud, se le puede pedir que envíe documentos para confirmar los eventos que lo califican para un Período Especial de Inscripción. Recibirá esta solicitud en la pantalla de resultados de elegibilidad y en una carta que puede descargar o recibir por correo.

Para inscribirse en la cobertura, primero elija un plan. Luego, envíe los documentos que le solicitamos. Tiene 30 días para enviar documentos aceptables. Puede cargar sus documentos en línea o enviar copias por correo (no envíe originales).

Su cobertura comenzará dependiendo de cuando elija un plan. Pero no puede usar su cobertura hasta que sus documentos confirmen que califica para un Período Especial de Inscripción y pague su primera prima a la compañía de seguros, no al Mercado.

Para más información, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/confirm-special-enrollment-period](https://CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/confirm-special-enrollment-period).

## ¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura a través del Mercado o sus beneficios y protecciones, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://CuidadoDeSalud.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) (en inglés),

o llame al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-855-889-4325.

### Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 11794-S  
Marzo 2024

Este producto fue financiado con dinero de los contribuyentes de los Estados Unidos.



[CuidadoDeSalud.gov](https://CuidadoDeSalud.gov)