

Aviso de Determinación de Elegibilidad del Mercado – Plan no seleccionado

Cuándo enviamos este aviso: Los consumidores reciben un Aviso de Elegibilidad del Mercado cuando solicitan cobertura, informan un cambio de vida o cuando el Mercado procesa su solicitud nuevamente durante el año.

Información de este aviso al consumidor: El Aviso de Elegibilidad muestra los resultados de la solicitud una vez enviada. Le indica al consumidor que seleccione un plan y envíe la documentación para confirmar su elegibilidad para un Período Especial de Inscripción en su solicitud.

Le informa al consumidor:

- Documentos aceptables para presentar
- Cómo presentar documentos
- Inscribirse en un plan antes de la fecha límite del SEP

Número de Identificación de Solicitud #####
Fecha de la solicitud: [Date]

Contacto primario
[Name 1]
[Address]
[City, State ZIP]

Aviso de Elegibilidad del Mercado
2025

Recuerde actualizar su solicitud durante el año con cualquier cambio.

Resultados

Crédito tributario para las primas disponible para este hogar: \$X/mes	Ingresos estimados del 2025 utilizados para determinar la elegibilidad para ayuda financiera: \$X año
	Simran Yamar
Solicitó cobertura.	●
Elegible para inscribirse en un plan del Mercado de 2025. Inscribase antes del [Date].	●
Elegible para usar el crédito tributario para las primas para pagar un plan del Mercado. Puede usar hasta \$X/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.	●
El Mercado necesita documentos que confirmen la información en su solicitud. (Ver detalles abajo.)	●

ACCIÓN: Próximos pasos

Elija su plan. La fecha de inicio de su cobertura del Mercado es para un hogar con pérdida de cobertura médica. Consulte la Guía de Elegibilidad , página 4.	●
Envíe de inmediato los documentos para confirmar una pérdida de cobertura médica. Ver Envío de documentos , adjunto.	●
Elija un plan Plata para obtener ahorros adicionales. Elegir Plata en lugar de Bronce puede ahorrarle miles de dólares si utiliza muchos servicios.	●
Tome medidas para asegurarse de obtener la cantidad adecuada de ayuda financiera. Consulte la Guía de Elegibilidad , página 6.	●

Consulte las siguientes páginas para conocer por qué es posible que no haya calificado para otros programas.

Para saber cuándo y cómo puede apelar, consulte la **Guía de Elegibilidad**, página 8.

¿Preguntas sobre los resultados o los próximos pasos? Consulte la **Guía de Elegibilidad** incluida con este aviso.

Para más ayuda	CuidadoDeSalud.gov Centro de Llamadas del Mercado: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325 Para obtener ayuda en su área: CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help	[State Medicaid name]: [Phone number] TTY: [TTY number]	State CHIP name]: [Phone number] TTY: [TTY number]
-----------------------	---	--	---

¿Por qué no califico para otros programas?

Se revisó su solicitud del Mercado para ver si puede ser elegible para ayuda con el costo de la cobertura de salud, incluida la cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Su estado administra estos programas y pueden tener diferentes nombres en su estado.

	Simran Yamar
Puede que no sea elegible para Medicaid porque el ingreso familiar de este mes de \$X es demasiado alto.	●
Fue evaluado para CHIP pero es probable que no cumple con los criterios de elegibilidad (edad, embarazo y/o estatus de cobertura médica).	●

Que puedes hacer

Obtenga más información sobre cómo podría calificar para Medicaid. Consulte la Guía de Elegibilidad , página 7.	●
--	---

Para saber **cuándo y cómo puede apelar**, consulte la **Guía de Elegibilidad**, página 8.

¿Preguntas sobre los resultados o los próximos pasos? Consulte la Guía de Elegibilidad incluida con este aviso.

Para más ayuda	CuidadoDeSalud.gov Centro de Llamadas del Mercado: 1-800-318-2596 TTY: 1-855-889-4325 Para obtener ayuda en su área: CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help	[State Medicaid name]: [Phone number] TTY: [TTY number]	[State CHIP name]: [Phone number] TTY: [TTY number]
-----------------------	--	--	--

Las decisiones o evaluaciones en esta carta se hicieron basadas en 45 CFR 155.305, 155.410, 155.420-430; 42 CFR 435.911, 435.603, 435.403, 435.406; y 42 CFR 457.348, 457.350, 457.315, 457.340.

Divulgación de Privacidad: El Mercado de Seguros Médicos protege la privacidad y seguridad de la información de identificación personal (PII en inglés) que ha proporcionado (visite [CuidadoDeSalud.gov/es/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/privacy)). Este aviso fue generado por el Mercado según 45 CFR 155.230 y otras provisiones de 45 CFR parte 155, subparte D. La información utilizada para crear este aviso se recolectó del Mercado de Seguros Médicos. Puede que el Mercado haya utilizado datos de agencias federales o estatales o de una agencia de informes de consumidor para determinar la elegibilidad de las personas que aparecen en su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para obtener información de este aviso en su idioma o solicitar una adaptación razonable si tiene una incapacidad. Puede solicitar información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio sin costo alguno.

De acuerdo con la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una solicitud de información a menos que muestre un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta solicitud de información es 0938-1207.

No discriminación: El Mercado de Seguros Médicos no excluye, niega beneficios, o discrimina de otra manera a cualquier persona por motivos de raza, color, nacionalidad, incapacidad, sexo o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697), visitando hhs.gov/ocr/civilrights/complaints (en inglés), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos/ 200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
465 INDUSTRIAL BOULEVARD
LONDON, KENTUCKY 40750-0001

Más Información

Envío de documentos

¿Por qué el Mercado me pidió que enviara documentos?

Si su solicitud le dice que envíe documentos, significa que el Mercado necesita documentación para confirmar sus ingresos, ciudadanía, evento de vida u otros detalles. Esto podría deberse a que su información no coincide con otros datos que tenemos o que no podemos confirmar toda la información en su solicitud. Si no envía los documentos solicitados puede perder su elegibilidad para la cobertura del Mercado o la ayuda financiera.

Cómo presentar documentos

Puede cargar **O** enviar copias de sus documentos por correo. Cargarlos es más rápido.

Cómo cargar:

1. Inicie sesión en su cuenta del Mercado.
2. Seleccione su solicitud actual, luego seleccione "Detalles de la solicitud".
3. Verá un botón para cada elemento que necesite documentación.
4. Seleccione un botón, luego elija el documento para comenzar su carga.

Cómo enviar por correo:

1. Envíe sólo copias (no originales).
2. Incluya su código de barras impreso. Si no tiene un código de barras, incluya su nombre impreso y la identificación de la solicitud. Su ID de solicitud está cerca de su dirección postal en la parte superior de su aviso.
3. Envíe el(los) documento(s) a:

Mercado de Seguros Médicos
Attn: Procesamiento de Cobertura
465 Industrial Boulevard
London, KY 40750-0001

Si usted hizo su solicitud del Mercado a través del sitio web de un socio de inscripción certificado: Inicie sesión en su cuenta de ese sitio web para cargar documentos.

Que documentos enviar

Consulte las listas en las páginas siguientes para saber los documentos específicos que debe enviar. Puede cargar más de un documento si tiene varios documentos para confirmar su información.

¿Qué sucede después de enviar los documentos?

Una vez que recibamos los documentos, haremos lo siguiente:

- Identificar sus documentos con su solicitud
- Revisar cada documento para decidir si confirma lo que necesitamos
- Comunicarnos con usted si necesitamos más información

Si no ha tenido noticias nuestras en un mes, es posible que su caso aún esté bajo revisión o que no hayamos recibido los documentos. Si desea verificar si hemos recibido sus documentos, comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

Si envía los documentos por correo, incluya esta página de código de barras en el sobre para que podamos asociar sus documentos con su solicitud.

Número de Identificación de Solicitud #####

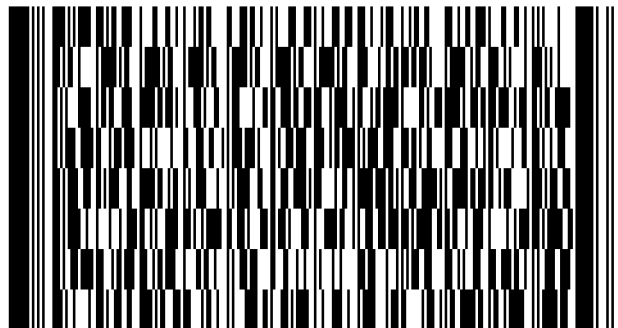
Fecha de la solicitud: [Date]

Contacto primario

[Name 1]

[Address]

[City, State ZIP]



#####

Documentos para confirmar

Pérdida de cobertura

La cobertura médica del Mercado no comenzará hasta que envíe un documento aceptable. Debe confirmar ya sea:

- Que perdió la cobertura de salud calificada no más de 60 días antes de informar la pérdida al Mercado (90 días si perdió Medicaid o CHIP)
- Que perderá la cobertura no más de 60 días después de haber informado la pérdida al Mercado

El documento debe incluir su nombre y la fecha de pérdida de la cobertura. Puede presentar más de un documento.

- Una carta de una compañía de seguros, en papel con membrete o sello oficial, que incluya:
 - Una carta o factura de la prima de su antigua compañía de seguros que muestre la cancelación/terminación de la cobertura de salud de usted o de su dependiente.
 - Una carta de descertificación de su compañía de seguros que indique cuándo ya no se ofrecerá la cobertura.
- Una carta de un empleador, en papel con membrete o membrete oficial, que confirme uno de estos sobre usted o su cónyuge o familiar dependiente:
 - Su empleador canceló o eliminará su cobertura o beneficios.
 - Su empleador dejó de contribuir o dejará de contribuir al costo de su cobertura.
 - Su empleador cambió o cambiará la cobertura o los beneficios y su cobertura ya no se considerará una cobertura de salud calificada.
- Una carta sobre la cobertura COBRA, como una carta de un empleador o una compañía de seguro médico que confirme:
 - La oferta de cobertura COBRA de su empleador y la fecha en que comenzaría esta cobertura.
 - Su cobertura COBRA finalizó o terminará, o su empleador dejó o dejará de contribuir al costo de la cobertura y cuándo.
- Un documento del programa de atención médica, en papel con membrete o sello oficial, que incluya:
 - Una carta de un programa de salud del gobierno, como TRICARE, Asuntos de Veteranos (VA), Cuerpo de Paz o Medicare, que muestre cuándo finalizó o terminará la cobertura.
 - Una carta de su agencia estatal de Medicaid o CHIP que muestre que su elegibilidad para Medicaid o CHIP fue denegada y cuándo fue denegada o que su cobertura de Medicaid o CHIP terminó o terminará.
 - Una copia fechada de su documento de baja militar (DD214).
- Si perdió la cobertura de salud del estudiante, una carta con membrete oficial mostrando cuándo terminó o terminará la cobertura.

También puede enviar cualquiera de los documentos de la lista a continuación. Sin embargo, estos documentos pueden incluir solo parte de la información que necesitamos confirmar, por lo que lo más probable es que deba enviar más de uno de estos documentos:

- Recibos de pago, si perdió la cobertura patrocinada por el empleador. Puede enviar:
 - 2 recibos de pago de los últimos 1 a 3 meses, uno que muestra una deducción por cobertura médica y otro que muestra que la deducción terminó en los últimos 60 días.
 - Si una reducción en las horas de empleo hizo que perdiera la cobertura, puede enviar un talón de pago anterior que muestre que trabajó 30 horas o más y una deducción por cobertura médica y un talón de pago de los últimos 60 días que demuestre que trabajó menos de 30 horas y sin deducción por cobertura médica.
- Documento que demuestre que perdió la cobertura debido a divorcio, separación legal, acuerdos de custodia o anulación dentro de los 60 días posteriores a la presentación de su solicitud (90 días si perdió Medicaid o CHIP), que incluye:
 - Documentos de divorcio o anulación que muestren la fecha en que termina la responsabilidad de brindar cobertura médica o prueba de que dejó de recibir cobertura médica debido a su relación con su excónyuge.
 - Documentos de separación legal que muestren la fecha en que termina la responsabilidad de brindar cobertura médica.
 - Otra confirmación de que perdió o perderá la cobertura debido a un divorcio, una separación legal o una anulación que muestre la fecha en que finaliza la cobertura de salud.

Mercado de Seguros Médicos

- Documento que demuestre que perdió la cobertura debido a la muerte de un miembro de la familia, que incluye:
 - Un certificado de defunción o aviso público de defunción y prueba de que estaba recibiendo cobertura médica debido a su relación con la persona fallecida, como una carta de una compañía de seguros o empleador que muestre los nombres de las personas en el plan de salud.
- Otra confirmación que demuestre que perdió o perderá la cobertura debido a la muerte de un cónyuge u otro miembro de la familia.
- Si está perdiendo o perdiendo la cobertura de un plan que no es de año calendario, puede enviar una copia fechada y firmada de la verificación escrita de un agente de seguros, o una carta fechada de su plan de seguro que indique cuándo termina el año de cobertura.

Si no tiene ninguno de estos documentos, visite [CuidadoDeSalud.gov/downloads/letter-of-explanation.pdf](https://www.CuidadoDeSalud.gov/downloads/letter-of-explanation.pdf) para enviar una "Carta de explicación" en su lugar.

GUÍA DE ELEGIBILIDAD DEL MERCADO

Cómo inscribirse en un plan del Mercado

Compare los planes de salud disponibles en línea en CuidadoDeSalud.gov iniciando sesión en su cuenta del Mercado y abriendo su solicitud más reciente. O llame al Centro de Llamadas del Mercado al **1-800-318-2596** para comparar planes e inscribirse. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325. Si aún no tiene una cuenta del Mercado, necesitará el ID de la solicitud en su Aviso de Elegibilidad. Puede encontrar un asistente en su área local que lo ayude a elegir un plan visitando CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help.

¿Y si pierdo la fecha límite?

Si no cumple con una fecha límite del Mercado para enviar documentos o inscribirse en un plan, es posible que no pueda inscribirse en un plan del Mercado hasta el próximo Período de Inscripción Abierta (a menos que califique para un Período Especial de Inscripción). También puede perder cualquier ayuda financiera para la que pueda calificar.

Inscripción Abierta

La Inscripción Abierta es el período anual en el que las personas pueden inscribirse en un plan del Mercado. Fuera de la Inscripción Abierta, es posible que aún pueda inscribirse en un plan del Mercado si califica para un Período Especial de Inscripción.

Período Especial de Inscripción

Un Período Especial de Inscripción significa que puede inscribirse en la cobertura médica del Mercado fuera del período anual de Inscripción Abierta. Puede calificar para un Período Especial de Inscripción tuvo ciertos cambios en su vida, como perder la cobertura médica, mudarse, casarse, tener un bebé o adoptar un niño. También puede calificar si recibe una nueva oferta de un empleador para ayudarlo a pagar la cobertura de salud. Es posible que deba enviar documentos para confirmar su elegibilidad para algunos Períodos Especiales de Inscripción.

Para ver si califica para un Período Especial de Inscripción, puede informar un cambio de vida en su solicitud. Si califica, las opciones de su plan pueden ser limitadas. Por lo general, tiene hasta 60 días después del cambio que está informando para inscribirse en un plan (90 días si pierde Medicaid o CHIP).

Copagos, coseguro y deducibles

Los copagos, coseguros y deducibles son el dinero que paga para cubrir el costo de su cuidado.

- **Copago:** cantidad que puede pagar cada vez que recibe un servicio, como ir al médico u obtener una receta. Por lo general, es una cantidad fija en dólares, como \$20.
- **Coseguro:** su parte de los costos de un servicio médico cubierto. El coseguro se calcula como un porcentaje de la cantidad permitida por el servicio.
- **Deducible:** la cantidad de dinero que debe gastar cada año en cuidado médico antes de que su plan comience a pagar por la mayoría de los servicios. Después de pagar su deducible, es posible que aún tenga que pagar copagos o coseguro cuando reciba los servicios.

Calificando para ahorros adicionales

Calificar para ahorros adicionales (reducciones de costos compartidos) significa que califica para un descuento que reduce la cantidad que debe pagar por deducibles, copagos y coseguro. Debe inscribirse en un plan en la categoría Plata para obtener los ahorros adicionales. Elegir un plan Plata del Mercado con ahorros adicionales puede ahorrarle miles de dólares si tiene muchos gastos médicos.

Si es miembro de una tribu indígena estadounidense reconocida a nivel federal o de una Corporación Nativa de Alaska, puede obtener ahorros adicionales cuando se inscribe en cualquier plan del Mercado. Obtendrá estos ahorros siempre que todas las personas en su grupo de inscripción también sean miembros de una tribu reconocida a nivel federal. Los miembros tribales y no tribales deben estar en grupos separados para obtener todos los ahorros para los que califican, pero aún así pueden elegir el mismo plan. Consulte "Agrupaciones de plan", página 2.

¿Cómo califico para ahorros adicionales?

Califica para inscribirse en un plan con copagos, coseguro y deducibles más bajos según:

- La cantidad de ingresos del hogar que espera declarar en su declaración federal de impuestos
- Su elegibilidad para el crédito tributario para las primas
- La cantidad de personas en su hogar (el contribuyente y los dependientes que figuran en su declaración federal de impuestos)
- Membresía en una tribu reconocida a nivel federal

Mercado de Seguros Médicos

Categorías de planes Bronce, Plata, Oro y Platino	Los planes de salud que se venden en el Mercado se dividen en 4 categorías: Bronce, Plata, Oro y Platino. Las categorías van desde planes Bronce con primas más bajas y costos de bolsillo más altos hasta planes Platino con primas más altas y costos de bolsillo más bajos. Todos los planes cubren todos los beneficios de salud esenciales.
Elegir una categoría de plan	<p>Durante la Inscripción Abierta, puede elegir un plan de cualquier categoría. Si califica para un Período Especial de Inscripción, verá todas las categorías de planes disponibles para usted.</p> <ul style="list-style-type: none">• Si ya está inscrito en un plan del Mercado, sus opciones pueden ser limitadas. Por ejemplo, si está inscrito en un plan Oro y experimenta un cambio que lo califica para un Período Especial de Inscripción, generalmente podrá elegir planes sólo de la categoría Oro.• Puede elegir un plan Plata si recientemente es elegible para ahorros adicionales (reducciones de costos compartidos). Los planes Plata también pueden estar disponibles si es elegible para el crédito tributario de la prima y puede inscribirse a través de un Período Especial de Inscripción basado en el ingreso estimado.• Si está inscrito en un plan Plata con ahorros adicionales y pierde esos ahorros adicionales, puede inscribirse en un plan Bronce, Plata u Oro.
Planes catastróficos	Un plan catastrófico tiene primas mensuales más bajas y deducibles altos. Los planes catastróficos pueden ser una forma económica de protegerse de los peores escenarios, como enfermarse o lesionarse gravemente, pero usted mismo paga la mayoría de los gastos médicos de rutina. Las personas menores de 30 años y las personas con exenciones por dificultades pueden comprar un plan catastrófico a través del Mercado. Estos planes no son elegibles para el crédito tributario de la prima.
Agrupaciones de plan	Si solicita cobertura médica para más de una persona en su hogar, el Mercado agrupará a los miembros de su hogar para la inscripción al plan. Verá estas agrupaciones cuando continúe con la inscripción y podrá cambiarlas. Es posible que pueda elegir un plan para todos, un plan aparte para cada persona o algún otro grupo.
Agregar miembros de la familia a su plan	<p>Si obtiene un nuevo miembro de la familia debido a matrimonio, nacimiento, adopción, cuidado de crianza u orden judicial, es posible que pueda agregar al nuevo miembro de la familia a su plan actual o inscribirlo en cualquier categoría.</p> <p>Si las reglas de su plan no le permiten agregar nuevos miembros como parte de sus actualizaciones del Mercado, pueden inscribirse juntos en un plan diferente en la misma categoría. Si no hay otros planes disponibles en su categoría de plan actual, su familia puede inscribirse junta en una categoría "vecina". Por ejemplo, si actualmente está inscrito en un plan Oro, generalmente pueden inscribirse juntos en uno nuevo de las categorías Plata o Platino.</p> <p>Verá automáticamente todos los planes disponibles cuando se inscriba. Sin embargo, si desea inscribir a su nuevo dependiente en su propio plan de cualquier categoría, es posible que deba "reagrupar" a los miembros de su hogar cuando continúe inscribiéndose para ver si otras categorías están disponibles, o para inscribirse en un plan aparte de su grupo familiar.</p>
Cobertura para familias inmigrantes	<p>Los inmigrantes legalmente presentes pueden solicitar la cobertura del Mercado, incluso si no califican para los beneficios completos de Medicaid o para CHIP debido a su estatus migratorio. Los inmigrantes legalmente presentes aún pueden ser elegibles para inscribirse en la cobertura del Mercado y obtener ayuda con los costos.</p> <p>Las personas que no están legalmente presentes en los EE. UU. pueden solicitar la cobertura del Mercado a nombre de los miembros de la familia que pueden ser elegibles, como sus hijos o cónyuge legalmente presentes. Las personas que no están presentes legalmente, o que no cumplen con los requisitos para los beneficios completos de Medicaid, pueden ser elegibles para la cobertura limitada de Medicaid para tratamiento médico de emergencia o para CHIP relacionado con el embarazo.</p>
Solicitar en un estado diferente	No puede inscribirse en un plan del Mercado en un estado que sea diferente de donde reside. Regrese a su solicitud para verificar que su dirección sea la correcta y que esté en el estado donde desea cobertura. Si alguien en su hogar necesita cobertura en un estado diferente, debe iniciar una nueva solicitud que sea independiente de la suya. Si tiene preguntas sobre la elegibilidad de Medicaid y CHIP, comuníquese con la agencia de Medicaid o CHIP que aparece en su aviso. Es posible que deba solicitar Medicaid o CHIP en otro estado.

Mercado de Seguros Médicos

Los cambios pueden afectar sus costos y elegibilidad

Si algo que nos dijo en su solicitud del Mercado cambia, debe informar el cambio lo antes posible. Informe cambios como estos:

- Una mudanza.
- Cambios en ingresos del hogar, especialmente si los ingresos de su hogar serán diferentes a los que estimó en su solicitud.
- Cambios en el tamaño del hogar, como si alguien en su hogar se casa o se divorcia, queda embarazada o tiene un hijo; o su hijo se muda o no será reclamado como dependiente.
- Un cambio en la forma en que presentará su declaración federal de impuestos para el año en que recibe la cobertura del Mercado, por ejemplo, si piensa reclamar nuevos dependientes.
- Cambios en el estatus migratorio.
- Calificar para otra cobertura médica, como a través de un empleo o Medicare.
- Recibir una oferta de ayuda de un empleo para pagar los costos médicos con un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA). Esto también puede denominarse HRA de cobertura individual o HRA de Pequeño Empleador Calificado (QSEHRA).

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes para obtener una lista completa de los cambios que debe informar. Si recibe pagos por adelantado del crédito tributario para las primas y no informa un cambio que pueda afectar su elegibilidad, es posible que deba devolver parte o la totalidad de su crédito tributario para las primas cuando presente sus impuestos, o puede que no reciba toda la ayuda financiera para la que califica.

Cómo informar cambios en su solicitud

1. Inicie sesión en su cuenta del Mercado en CuidadoDeSalud.gov.
2. Seleccione su solicitud actual.
3. Seleccione "Informar de un cambio de vida" en el menú de la izquierda.

O llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

¿Necesita ayuda para informar cambios?

Si alguien le ayudó a completar su solicitud (como un agente, corredor, navegador o asesor de solicitudes certificado), comuníquese con ellos para que le ayuden a reportar cambios o cargar los documentos requeridos.

Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA)

Verifique el aviso que recibe de su empleador sobre la ayuda que ofrecen para pagar la cobertura médica, porque sus fechas límite y las fechas de inicio de la cobertura pueden ser diferentes. Para obtener más información, visite CuidadoDeSalud.gov/es/job-based-help.

Si su empleador ofrece un "HRA de cobertura individual"

No puede usar el crédito tributario para las primas y un HRA de cobertura individual al mismo tiempo. Las personas a las que se les ofreció un HRA de cobertura individual califican para el crédito tributario sólo si la oferta del empleador no cumple con los estándares mínimos de asequibilidad y la persona opta por no participar en el HRA de cobertura individual.

Si su Aviso de Elegibilidad dice que **NO** es elegible para un crédito tributario, es una buena idea aceptar la oferta de HRA de cobertura individual de su empleador. Si su Aviso de Elegibilidad dice que **ES** elegible para un crédito tributario, deberá optar por no participar en el HRA de cobertura individual si desea utilizar el crédito tributario en su lugar.

Tendrá que informarle a su empleador si se inscribe en un plan del Mercado y si piensa excluirse del HRA de cobertura individual. Deberá actualizar su solicitud del Mercado con la información del HRA cada año del plan.

Si tiene un HRA del Pequeño Empleador Calificado (QSEHRA)

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/job-based-help/QSEHRA para ver cuánto crédito tributario debe considerar usar. Las personas con QSEHRA deben planificar usar su QSEHRA para ayudar a pagar la cobertura de salud durante el año. Sin embargo, el Mercado no tiene en cuenta la ayuda de QSEHRA al calcular la elegibilidad para el crédito tributario. Por esta razón, es posible que las personas con un QSEHRA no deseen utilizar la cantidad total del crédito tributario que se muestra en su Aviso de Elegibilidad, o que deban reembolsar parte de este crédito cuando presenten la declaración de impuestos.

El IRS determinará la elegibilidad del crédito tributario final al momento de la declaración de impuestos según la cantidad de QSEHRA que ofreció el empleador, incluso si la persona no usó el QSEHRA.

Más Información

FECHAS DE INICIO DE COBERTURA

Fechas de inicio de la cobertura general

Después de seleccionar un plan del Mercado, su cobertura comenzará una vez que reciba una factura de su plan y pague su primera prima.

Para los planes seleccionados antes del 15 de diciembre durante la Inscripción Abierta, la cobertura comienza el 1 de enero. Para los planes seleccionados desde el 16 de diciembre hasta el último día de la Inscripción Abierta, la cobertura comienza el 1 de febrero.

Si se inscribe durante un Período Especial de Inscripción

Su fecha de inicio depende de cuándo seleccione un plan. Cuando se inscribe durante un Período Especial de Inscripción, su cobertura generalmente comienza el primer día del mes siguiente. Por ejemplo, si selecciona un plan el 30 de abril, su cobertura puede comenzar el 1 de marzo.

Si el Mercado le pide que envíe documentos de inmediato para la pérdida de cobertura, su cobertura del Mercado no comenzará hasta que presente los documentos aceptables y obtenga la confirmación y la información de pago.

Los Períodos Especiales de Inscripción que ofrecen diferentes fechas de vigencia para cobertura

Los Períodos Especiales de Inscripción para estas situaciones permiten que su cobertura comience antes.

Ganó un dependiente

- Si ganó o se convirtió en dependiente (por nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidado de crianza, manutención de menores u otra orden judicial), su cobertura puede ser retroactiva al día en que esto ocurrió (con un pago de prima retroactivo, si debe una). Si desea que la cobertura comience en una fecha futura, llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

Pérdida de cobertura médica

- Si perdió su cobertura en los últimos 60 días (90 días si perdió Medicaid o CHIP), su nuevo plan puede comenzar el primer día del mes siguiente. Sin embargo, si está perdiendo la cobertura médica en los próximos 60 días, la cobertura de su nuevo plan puede comenzar el primer día del mes después de perder su cobertura y seleccionar un plan. Por ejemplo, si su último día de cobertura es el 31 de enero, puede elegir un plan el 29 de enero para la cobertura que comienza el 1 de febrero.

Oferta del empleador para ayudar con el costo de la cobertura

- Si acaba de obtener acceso a un HRA de cobertura individual o un QSEHRA, debe seleccionar un plan antes del día en que comience la ayuda de este empleador. Si la ayuda del empleador comienza en los próximos 60 días, la cobertura de su nuevo plan puede comenzar el primer día del mes siguiente. Si la ayuda del empleador comienza el primer día del mes, la cobertura de su nuevo plan puede comenzar el mismo día.

Otras situaciones

El Centro de Llamadas del Mercado trabajará con usted durante su Período Especial de Inscripción para determinar la fecha de inicio de su cobertura en estas situaciones:

- No pudo inscribirse debido a una afección médica grave o un desastre natural.
- Un error técnico del Mercado o de un agente interfirió con su capacidad para inscribirse.
- Es elegible para una nueva ayuda financiera porque experimentó un cambio en los ingresos y/o se mudó a un estado diferente, y anteriormente no era elegible para la cobertura de Medicaid porque vivía en un estado que no ha ampliado Medicaid y no era elegible para recibir ayuda pagar por la cobertura porque los ingresos de su hogar estaban por debajo del 100% del Nivel Federal de Pobreza (FPL).
- Apeló con éxito una decisión del Mercado.

Si informó que alguien está comenzando a recibir Medicare

Actualice y confirme la inscripción en el plan del Mercado para su hogar. Si informó que:

- La cobertura de Medicare ya comenzó: Esto finalizará su inscripción en el plan del Mercado.
- La cobertura de Medicare comienza pronto: Inscripción en el plan del Mercado finaliza el día anterior a la fecha de inicio de Medicare.

La fecha de inicio de su plan del Mercado puede ser diferente, según la fecha de inicio de Medicare.

Otros tipos de Períodos Especiales de Inscripción

Puede inscribirse o cambiar de plan en cualquier momento y su elección de plan más reciente entrará en vigor el día 1 del mes siguiente:

- Si califica para un Período Especial de Inscripción basado en los ingresos estimados para este año. Usted puede inscribirse en un plan Plata con ahorros adicionales. Si su ingreso aumenta, es posible que no califique para este Período Especial de Inscripción en el futuro.
- Si califica para un Período Especial de Inscripción porque alguien en su hogar es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal.

Tenga en cuenta que, al cambiar de plan, puede comenzar de nuevo.

CRÉDITO TRIBUTARIO

¿Qué son los pagos por adelantado del crédito tributario para las primas?

Un crédito tributario para las primas es un “crédito” que se paga por adelantado para las primas de su plan del Mercado cada mes. Verá este crédito cuando elija un plan y se aplicará a su prima cuando se inscriba. Si usa menos de la cantidad total para la que califica (determinado por el IRS), puede recuperar la diferencia al final del año cuando presente sus impuestos. Si usa más de lo que le corresponde (según determina el IRS), puede que deba dinero cuando presente su declaración de impuestos.

¿Cuándo obtengo el crédito tributario?

El Mercado envía los pagos por adelantado del crédito directamente a su compañía de seguros, no a usted. **Debe presentar una declaración federal de impuestos para declarar el crédito tributario que utilizó. Debe declarar este crédito tributario incluso si no suele declarar impuestos.**

¿Cómo califico para un crédito tributario?

El Mercado verifica sus ingresos, el tamaño de su hogar y otra información para ver si califica. Sólo puede obtener el crédito tributario si se inscribe en la cobertura a través del Mercado. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/lower-costs para obtener información sobre cómo los ingresos afectan su crédito tributario para las primas.

Si sus resultados indican que es elegible para un crédito tributario, significa que no es elegible para Medicaid o CHIP.

Si su empleo ofrece cobertura médica o ayuda con los gastos médicos a través de un Acuerdo de Reembolso de Gastos Médicos (HRA), sólo puede obtener un crédito tributario si esa cobertura no es accesible o no se considera una cobertura médica calificada. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/have-job-based-coverage para más información.

¿Cómo se calculó mi crédito tributario?

La cantidad de su crédito tributario para las primas se basa en estos factores:

- La cantidad de personas en su hogar. Esto incluye a la persona que presenta la declaración de impuestos, su cónyuge y los dependientes declarados en la declaración de impuestos.
- La cantidad de ingresos que su hogar espera informar en su declaración federal de impuestos para el año en que desea cobertura. Esta es la cantidad que informó en su solicitud o que proviene de otras fuentes de información recientes.
- La cantidad que se espera que pague por las primas.
- El costo del plan de salud del Mercado de categoría Plata con el segundo costo más bajo en su área. Esto también se conoce como costo “de referencia”.

El Mercado determina su crédito tributario para las primas según los ingresos *estimados* de su hogar, pero la cantidad final de crédito tributario que obtenga se basará en su declaración fiscal real de fin de año.

¿Por qué mi crédito tributario es de \$0?

Puede ser elegible para un crédito tributario de \$0 si es elegible para obtener un crédito tributario, pero el costo del segundo plan de salud del Mercado de categoría Plata con el menor costo en su área (el costo de referencia) es menor que la cantidad que se espere que pague para las primas mensuales del plan. Un crédito tributario de \$0 significa que no obtendrá una reducción en la cantidad que paga por sus primas.

Estimando sus ingresos

Si marcó los ahorros cuando solicitó, el Mercado le pidió que calcule sus ingresos. Informe cualquier ingreso que incluya en su declaración federal de impuestos, como dinero de un empleo o trabajo por cuenta propia. Para obtener una lista completa de las fuentes de ingresos para incluir en su solicitud, visite CuidadoDeSalud.gov/es/income-and-household-information/income.

Cuando presente su declaración de impuestos, el IRS comparará la información de su solicitud con su declaración de impuestos. Si sus ingresos son más altos que los que ingresó en su solicitud del Mercado, o el tamaño de su hogar disminuye, es posible que deba reembolsar parte o la totalidad de los pagos por adelantado del crédito tributario. Por lo tanto, es importante estimar lo mejor que pueda sus ingresos y mantener esta información actualizada en su solicitud del Mercado.

¿Qué sucede si presento los impuestos por separado de mi cónyuge?

Si está casado, debe presentar una declaración federal de impuestos conjunta con su cónyuge para el año en que desea un crédito tributario para las primas. Hay algunas excepciones, como si declara ser “cabeza de familia” en su declaración de impuestos, si es víctima de violencia doméstica o si es un cónyuge abandonado. Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para más información.

Mercado de Seguros Médicos

¿Qué pasa si cometí un error con mis ingresos?

Si cometió un error al estimar sus ingresos o cambiaron sus ingresos, puede informar un cambio de vida para actualizar su solicitud con la cantidad correcta. Consulte “Cómo informar cambios en su solicitud” en la página 3 para más información. O llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.

Informar el crédito tributario para las primas en su declaración de impuestos

Si utiliza pagos por adelantado del crédito tributario para reducir sus costos, la persona que presenta los impuestos de su hogar debe declarar estos pagos en una declaración federal de impuestos antes de la fecha límite utilizando el “Formulario 8962 del IRS”. Esto es cierto incluso si normalmente no tiene que declarar impuestos. Si no da este paso, no seguirá siendo elegible para el crédito tributario.

- Debe presentar una declaración de impuestos por cada año que obtenga el crédito. Complete el Formulario 8962 del IRS utilizando la información del “Formulario 1095-A, Declaración del Mercado de Seguros Médicos”, que obtiene del Mercado a principios de cada año.
- Para obtener el Formulario 1095-A, visite **CuidadoDeSalud.gov**, inicie sesión en su cuenta del Mercado y verifique sus avisos del Mercado. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596.
- Para más información sobre cómo presentar una declaración de impuestos utilizando el Formulario 8962 del IRS, visite **CuidadoDeSalud.gov/es/taxes** o **IRS.gov/aca**.
- La presentación electrónica puede ayudar a evitar errores y encontrar créditos y deducciones que pueden estar disponibles. En muchos casos, la presentación electrónica es gratuita. Para obtener información sobre Free File y e-file, visite **IRS.gov**.

Si presentó la declaración de impuestos, pero no incluyó el Formulario 8962 del IRS, es posible que deba presentar una enmienda a su declaración de impuestos (Formulario 104X). Para más información, llame al IRS al 1-800-829-1040. Los usuarios de TTY pueden llamar 1-800-829-4059.

¿Necesito solicitar un nuevo crédito tributario para las primas cada año?

Para asegurarse de seguir siendo elegible para el crédito tributario, mantenga sus ingresos y otra información en su solicitud del Mercado al día. Cuando completó su solicitud, tuvo la opción de permitir que el Mercado use los datos de ingresos (incluida la información de la declaración de impuestos) para ayudarlo con la renovación de su elegibilidad. Si elige no permitir esto, asegúrese de actualizar su información cada año durante la Inscripción Abierta. Puede cambiar este acuerdo en su cuenta del Mercado seleccionando su solicitud más reciente y eligiendo “Informar un cambio de vida”. Revise su solicitud, lea el estado de cuenta que permite al Mercado usar datos de ingresos para ayudar con su renovación en años futuros y haga clic si está de acuerdo.

Pasos para asegurarse de obtener la cantidad adecuada de ayuda financiera

Su hogar no será elegible para recibir ayuda financiera con los costos del plan del Mercado si no tenemos información completa y actualizada sobre sus impuestos. Si sus resultados indican que no califica para recibir ayuda con los costos, siga estos pasos para verificar su elegibilidad:

1. Presente una declaración de impuestos con el formulario 8962 del IRS si recibió el crédito tributario el año pasado.

Si se hicieron pagos por adelantado del crédito tributario a su compañía de seguros para cualquier cobertura del año anterior, pero no se presentó una declaración de impuestos con el “Formulario 8962 de Crédito Tributario para la Prima del IRS” para este hogar para el mismo año en que se utilizaron los créditos, debe presentar una declaración federal de impuestos con el formulario 8962 del IRS. Debe hacerlo incluso si normalmente no tiene que presentar impuestos o si solicitó una extensión de impuestos ese año. El IRS puede enviarle un aviso para informarle a usted (o al declarante de impuestos de su hogar) que recibió pagos por adelantado del crédito tributario pero no ha presentado una declaración de impuestos.

Si tiene preguntas sobre la declaración de impuestos de su hogar durante años anteriores, visite **IRS.gov/es/help/ita** para utilizar el Asistente de Impuestos Interactivo o llame al IRS al 1-866-682-7451, ext. 568.

2. Si nos dijo que no piensa presentar una declaración de impuestos, o que está casado pero piensa hacerlo por separado, actualice su solicitud para ver si puede obtener ayuda con los costos.

Visite **CuidadoDeSalud.gov**, inicie sesión en su cuenta del Mercado y seleccione su solicitud más reciente. Luego, seleccione “Informar un cambio de vida” y actualice la información de su hogar y sus ingresos. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado.

3. Si opta por no permitir que el Mercado utilice la información de las declaraciones de impuestos para ayudar a renovar su elegibilidad, puede cambiar esto para futuras renovaciones.

Puede actualizar su solicitud y hacer clic en una declaración para mostrar su acuerdo. Llame al Centro de Llamadas del Mercado si necesita ayuda.

4. ¿Calificó para el crédito tributario el año pasado y ya completó los pasos anteriores?

Visite **CuidadoDeSalud.gov** para actualizar su solicitud con su información actual para ver si puede calificar. Es posible que se le pregunte si ajustó todos los créditos tributarios que recibió en el pasado. Si es así, asegúrese de marcar la casilla de la solicitud que le pregunta si ha hecho esto.

MEDICAID/CHIP

¿Cómo se relaciona el Mercado con Medicaid/CHIP?

Si marcó los ahorros cuando solicitó la cobertura del Mercado, su solicitud se revisó automáticamente para ver si puede ser elegible para una cobertura gratuita o de bajo costo a través de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP). Su estado administra estos programas y pueden tener diferentes nombres en su estado.

Acerca de Medicaid y CHIP

Medicaid y CHIP son programas conjuntos federales y estatales que ayudan con los costos médicos para personas con ingresos limitados, familias y niños, mujeres embarazadas, ancianos y personas con incapacidades. Puede calificar para estos programas según el tamaño de su hogar, los ingresos y otros factores, como la edad y las necesidades especiales de cuidado médico.

Si tiene cobertura médica elegible a través de Medicaid o CHIP, pagará poco o nada por los servicios de salud y **probablemente no necesite un plan de salud del Mercado**. Aún puede comprar un plan de salud del Mercado, pero generalmente no calificará para el pago por adelantado del crédito tributario para las primas o ahorros adicionales. Para más información sobre cuándo y cómo cancelar su plan del Mercado, visite CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/cancelling-marketplace-plan.

¿Qué pasa si soy elegible para Medicaid/CHIP?

Si su Aviso de Elegibilidad dice que alguien es (o puede ser) elegible para Medicaid o CHIP, recibirá otro aviso de su agencia estatal que le informará sobre estos programas y los próximos pasos, incluso cuándo puede comenzar la cobertura.

Sus beneficios de Medicaid o CHIP pueden retrasarse si su agencia estatal necesita que envíe documentos para confirmar la información. Si su estado dice que no es elegible para Medicaid o CHIP, le informará cómo puede apelar su decisión de Medicaid o CHIP. También puede volver al Mercado para ver si puede inscribirse en un plan del Mercado con ayuda financiera. Debe “informar un cambio de vida” para informar al Mercado que recientemente se le negó Medicaid/CHIP.

¿Qué pasa si no soy elegible para Medicaid/CHIP?

Si se determina que no es elegible o “probablemente no sea elegible” para Medicaid/CHIP, su Aviso de Elegibilidad le informará el motivo. Es posible que aún califique para Medicaid si tiene una incapacidad o necesidades especiales de atención médica, como si:

- Tiene una condición médica, de salud mental o de abuso de sustancias que limita su capacidad para trabajar o ir a la escuela
- Necesita ayuda con las actividades diarias, como bañarse o vestirse
- Regularmente recibe atención médica, cuidado personal o servicios de salud en el hogar, un centro de día para adultos u otro entorno comunitario
- Vive en un centro de cuidado a largo plazo, un hogar grupal o un hogar de ancianos
- Está ciego
- Tiene una enfermedad terminal

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/people-with-disabilities o llame a su agencia estatal de Medicaid para preguntar sobre las reglas de su estado.

Vea si califica para Medicaid en cualquier momento

Cualquiera que haya marcado para ahorros en su solicitud del Mercado puede solicitar una determinación completa de Medicaid en cualquier momento. Para solicitar una determinación completa: en la pantalla “Resultados de Elegibilidad” de su solicitud del Mercado, seleccione el nombre de la persona, luego seleccione “Enviar a Medicaid” y complete todos los pasos. Si su Aviso de Elegibilidad del Mercado dice que su agencia estatal revisará su solicitud nuevamente, puede inscribirse en otra cobertura del Mercado (si está disponible) mientras espera la respuesta de la agencia. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/getting-medicaid-chip para conocer más sobre Medicaid y CHIP. O llame a su agencia estatal de Medicaid para preguntar sobre las reglas de su estado.

¿Por cuánto tiempo puedo mantener la cobertura de Medicaid?

Si es elegible para Medicaid, debe renovar su elegibilidad cada año. Su agencia estatal se comunicará con usted cuando sea el momento de renovar. Si tiene Medicaid o CHIP, pero pierde esta cobertura, tiene 90 días a partir del día en que finaliza para enviar o actualizar su solicitud del Mercado e informar la pérdida. Es posible que califique para un Periodo Especial de Inscripción.

Informar cambios

Su estado le enviará una carta de inscripción con instrucciones sobre cómo informar cambios y qué cambios informar, como cambios en los ingresos, el tamaño del hogar o la cobertura. También puede llamar a la agencia de Medicaid de su estado.

CÓMO APELAR

¿Qué pasa si hay un error en los resultados de mi elegibilidad?

Si cree que hay un error en su Aviso de Elegibilidad final, puede presentar una apelación. Por lo general, tiene 90 días a partir de la fecha de su Aviso de Elegibilidad para solicitar una apelación.

Puede apelar su elegibilidad a la cobertura del Mercado, la disponibilidad de la categoría del plan, el crédito tributario para las primas, los ahorros adicionales (reducciones de costos compartidos) y los períodos de inscripción.

¿Puedo apelar ahora?

La sección "Próximos Pasos" de su Aviso de Elegibilidad le indicará si puede apelar sus resultados con el Centro de Apelaciones del Mercado ahora. No puede presentar una apelación ante el Mercado hasta que se tome una decisión final de elegibilidad. Su determinación de elegibilidad no es definitiva si la sección "Próximos Pasos" de su aviso dice que alguien debe enviar documentos.

Su agencia estatal le dirá si puede apelar su elegibilidad para Medicaid o CHIP ante el estado.

Cómo presentar una apelación

Presentar una apelación en línea

Inicie sesión en su cuenta del Mercado. Seleccione la solicitud que desea apelar, luego seleccione "Elegibilidad y apelaciones" en el menú. Siga las instrucciones para presentar su apelación.

Presentar una apelación por correo o fax

Visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals/appeal-forms y conteste las preguntas para obtener el formulario que necesita. Envíe su formulario completo en papel o una carta solicitando una apelación. Incluya su nombre, dirección y motivo de la apelación. Si la apelación es para otra persona (como su hijo), incluya también su nombre. Envíe su formulario o carta al Mercado:

Fax: 1-877-369-0130

Correo: Mercado de Seguros Médicos
ATENCIÓN: Apelaciones
465 Industrial Blvd.
London, KY 40750-0061

Si vive en Alabama, Alaska, Louisiana, Montana, North Carolina, West Virginia o Wyoming, puede apelar una denegación de elegibilidad para Medicaid o CHIP a través del Centro de Apelaciones del Mercado o con su estado. Siga las instrucciones anteriores para presentar una apelación ante el Centro de Apelaciones del Mercado o comuníquese con su agencia estatal para obtener instrucciones sobre cómo presentar una apelación en su estado.

¿Aún se están procesando los ingresos?

Si la sección "Resultados" de su Aviso de Elegibilidad dice "la información de ingresos aún se está procesando", es posible que reciba otro mensaje del Mercado. Inicie sesión en su cuenta del Mercado después de 24 horas para verificar este estatus. Si debe enviar documentos, los resultados de su elegibilidad no son definitivos y no se pueden apelar hasta que envíe todos los documentos requeridos y se confirme su elegibilidad.

Más sobre apelaciones

- Puede solicitar una apelación más rápida si su salud está en riesgo (como, si está hospitalizado o si necesita medicamentos con urgencia). Pídala en su solicitud de apelación o en su carta.
- Puede representarse a sí mismo o designar a un representante para que lo ayude con su apelación. Esta persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado u otra persona.
- Si es elegible, inscribese en un plan y pague sus primas mientras apela. Si no lo hace o pierde su cobertura, podría tener que esperar para inscribirse (aunque su apelación sea exitosa).
- Si era elegible para la cobertura del Mercado y su elegibilidad cambia, puede apelar este cambio. En este caso, puede solicitar mantener su elegibilidad durante su apelación.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar, incluso si no solicitan una apelación.
- Para más información sobre el proceso de apelaciones de Medicaid estatal (incluidas las apelaciones aceleradas), comuníquese con su agencia estatal.
- Visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-appeals para obtener más detalles sobre cuándo y cómo presentar apelaciones.

This Notice Has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through the Health Insurance Marketplace®. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1-800-318-2596 and wait through the opening. When an agent answers, state the language you need and you'll be connected with an interpreter.

العربية (Arabic) يحتوي هذا الإشعار على معلومات هامة بخصوص طلبك أو تغطيتك من خلال سوق التأمين الصحي. ابحث عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار. قد تحتاج إلى اتخاذ إجراء في مواعيد معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية أو للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بلغتك من دون أي تكلفة. اتصل بالرقم 1-800-318-2596 و انتظر عند سماعك الافتتاحية. عندما يجيبك الممثل قم بتحديد اللغة التي تحتاج و سيجري وصلك بالمترجم.

中文 (Chinese) 本通知包含您通过健康保险市场的申请或保险范围方面的重要信息。查阅本通知中的重要日期。您可能需要在某些截止日期前采取行动以续保或有助于节省某些费用。您有权免费获取本信息以及您所使用语种的帮助。请致电 1-800-318-2596 并聽完全部錄音。當有代表接聽時，请说明您所需的语种，届时将有译员与您联系。

Français (French) Cet avis contient des informations importantes concernant votre demande ou votre couverture à travers le Marché d'assurance maladie. Recherchez les dates clés dans le présent avis. Vous pourrez avoir besoin de prendre des mesures avant certaines dates limites afin de garder votre couverture santé ou de vous aider avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir ces informations et de l'aide dans votre langue sans frais. Appelez le 1-800-318-2596 et appuyez sur « 0 » à deux reprises attendre à travers l'ouverture. Quand l'agent répond indiquez la langue dont vous avez besoin et vous serez mis en relation avec un interprète.

Kreyòl (French Creole) Avi sa a gen enfòmasyon enpòtan sou aplikasyon w lan oswa pwoteksyon atravè Health Insurance Marketplace la. Gade pou datkle nan avi sa a. Ou ka bezwen pran aksyon pa yon sèten dat limit pou ou kenbe asirans sante ou oswa èd ak depans yo. Ou gen dwa pou ou jwenn enfòmasyon sa a akèd nan lang ou sanpa sa pa koute ou anyen. Rele 1-800-318-2596 epi rete tann ouvèti an. Lè yon ajan reponn, di lang ou bezwen an epi ou pral konekte ak yon entèprèt.

Deutsch (German) Diese Benachrichtigung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag oder Versicherung durch den Health Insurance Marketplace. Suchen Sie nach wichtigen Terminen in dieser Benachrichtigung. Sie müssen möglicherweise bis zu bestimmten Stichtagen handeln, um Ihre Krankenversicherung aufrechtzuerhalten oder Hilfe mit Kosten zu erhalten. Sie haben das Recht, diese Informationen und Hilfe in Ihrer Sprache kostenlos zu erhalten. Rufen Sie 1-800-318-2596 an und warten Sie die Ansage ab. Wenn sich ein Mitarbeiter meldet, wählen Sie die Sprache aus, die Sie benötigen und Sie werden mit einem Dolmetscher verbunden.

ગુજરાતી (Gujarati) આ સૂચનામાં આરોગ્યવીમામાર્કેટસ્થળ સમારકતેતમારીઅરજીઅથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેનીમહત્વનીમાહિતીછે. આ સૂચનામાંમહત્વનીતારીખોમાટેજુઓ. તમેતમારાઆરોગ્યઆવરીલેવાઅથવાખર્ચમાંમદદકરવામાટેઅમુકચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાંરાખીનેપગલાંલેવાનીજરૂરપડેછે. મનેકોઇપણખર્ચવિનાતમારીભાષામાંઆજણકારીઅનેમદદમેળવવાનોઅધિકારછે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારફતે રાહ જુઓ. એક એજન્ટ જવાબ આપે, ત્યારે તેમને તમે જરૂરી ભાષા જણાવો અને તમને દુભાષિયો સાથે જોડવામાં આવશે.

Italiano (Italian) Questo avviso contiene importanti informazioni. Questo avviso contiene importanti informazioni riguardo la sua richiesta o copertura assicurativa tramite l'Health Insurance Marketplace. Controlli le date più importanti di questo avviso. Potrebbe avere la necessità di compiere alcune azioni al fine di conservare la sua copertura medica o per ridurne i costi. Ha il diritto di ricevere queste informazioni ed assistenza nella sua lingua senza costi aggiuntivi. Chiami all'1-800-318-2596 e resti in attesa del primo operatore disponibile. Quando un nostro operatore risponderà, comunichi la lingua di cui ha bisogno e sarà collegato/a con un interprete.

日本語(Japanese) この通知には重要な情報が含まれています。この通知には、Health Insurance Marketplace 経由のアプリケーションまたは補償範囲に関する重要な情報が含まれます。この通知では、重要な期日について確認してください。補償範囲や費用サポートを維持するには、指定の期日までにご対応いただく必要がある場合があります。これらの情報を無料で取得する権利および希望の言語でサポートを受ける権利があります。1-800-318-2596 にお問い合わせいただき、つながるまでお待ちください。エージェントにつながりましたら、必要とする言語をお伝え下さい。通訳者とつながります。



한국어 (Korean) 이 통지서에는 건강 보험 시장을 통한 귀하의 신청이나 보험 커버리지에 관한 중요한 정보가 포함되어 있습니다. 이 통지서에 나타난 중요한 날짜들을 잘 찾아 보십시오. 귀하는 귀하의 보험 커버리지를 계속 유지시키거나 경비를 절감하는 도움을 얻기 위해서 일정한 마감일 까지 필요한 조치를 취해야 할 수도 있습니다. 귀하는 귀하의 언어로 이 정보와 도움을 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 1-800-318-2596 로 전화하시고 시작하기 전에 기다리십시오. 직원이 전화를 받으면 귀하가 필요한 언어를 말씀하십시오. 그러면 통역사와 연결될 것입니다.

Polski (Polish) To ogłoszenie zawiera ważne informacje odnośnie Państwa wniosku o ubezpieczenie lub polisy zdrowotnej zakupionej przez Rynek Ubezpieczeń Zdrowotnych. Prosimy zwrócić uwagę na kluczowe daty zawarte w tym ogłoszeniu aby przy podejmowaniu ewentualnych decyzji dotyczących odnowienia polisy lub pomocy związanej z kosztami, nie przekroczyć terminów. Macie Państwo prawo do bezpłatnej informacji we własnym języku. W tym celu prosimy o telefon pod numer 1 800 318 2596, następnie proszę poczekać na zgłoszenie się operatora i wypowiedzenie preferowanego języka a rozmowa zostanie przetłaczona do tłumacza.

Português (Portuguese) Este aviso contém informações importantes sobre sua aplicação ou cobertura ao longo do Mercado de Planos de Saúde (Health Insurance Marketplace). Observe as datas importantes nesse aviso. Você poderá precisar tomar medidas, até determinados prazos, para manter sua cobertura médica ou ajuda de custo. Você tem o direito de obter tais informações e auxílio em seu idioma, sem custo algum. Ligue para 1-800-318-2596 e espere através da introdução. Quando o agente atende, afirme o idioma que precisa e você será transferido para um intérprete.

Русский (Russian) В настоящем уведомлении содержится важная информация о вашей страховке через рынок медицинского страхования. Вы можете найти важные даты в данном уведомлении. Возможно, вам придется предпринять некоторые действия к конкретным срокам, с тем, чтобы сохранить вашу медицинскую страховку или финансовую помощь на медицинские расходы. Вы имеете право на получение этой информации и помощи на родном языке бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-318-2596 и прослушайте вступительную информацию до конца. Когда ответит агент, укажите необходимый язык, и вас соединят с переводчиком.

Español (Spanish) Este aviso contiene información importante sobre su solicitud o la cobertura que tiene a través del Mercado de Seguros Médicos. Consulte las fechas importantes que figuran aquí. Es probable que deba tomar medidas antes de algunas fechas clave para mantener su cobertura de salud o seguir recibiendo ayuda para pagar los costos. Usted tiene derecho a recibir esta información y asistencia en su idioma en forma gratuita. Llame al 1-800-318-2596 y espere a través de la introducción. Cuando el agente atiende, indique el idioma que necesita y lo pondrán en comunicación con un intérprete.

Tagalog (Tagalog) Ang paunawa na ito ay may nilalamang mahalagang impormasyon tungkol sa iyong aplikasyon o kaseguruhan sa pamamagitan ng Health Insurance Marketplace. Tingnan ang mga mahalagang petsa sa paunawang ito. Maaring mangailangang gumawa ka ng hakbang sa loob ng mga itinakdang petsa upang mapanatili ang iyong kaseguruhan pangkalusugan o makatanggap ng tulong sa mga gastos. Mayroon kang karapatang makuha ang impormasyon na ito at tulong sa iyong wika ng walang gastos. Tumawag sa 1-800-318-2596 at maghintay ng pagkakataong mabuksan ang linya. Kapag sumagot ang isang ahente, sabihin ang kailangan mong wika at ikaw ay iuugnay sa isang tagapagsalin sa Tagalog.

Tiếng Việt (Vietnamese) Thông báo này có thông tin quan trọng về đơn xin của quý vị hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình Thị trường bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Xin xem những ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng thời hạn để duy trì bảo hiểm sức khỏe hoặc được trợ giúp thêm về chi phí. Quý vị có quyền được biết thông tin này và được trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình hoàn toàn miễn phí. Xin gọi 1-800-318-2596 và đợi nghe hết lời mở đầu. Khi nghe một nhân viên trả lời, hãy nói ngôn ngữ của mình là gì và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.

