

## **Aviso de Advertencia sobre el Período Especial de Inscripción**

**Cuando enviamos este aviso:** Cuando alguien solicita o actualiza su solicitud del Mercado fuera del Período de Inscripción Abierta, verificamos si cumple los requisitos para inscribirse o cambiar de plan en ese momento. Si el consumidor cumple los requisitos para un Período Especial de Inscripción, solicitamos documentos que confirmen su elegibilidad.

Enviamos este aviso por correo a los consumidores cuando el Mercado necesita más información. Les informa que les quedan 20 días para enviar los documentos para verificar su elegibilidad para un Período Especial de Inscripción (SEP).

**Lo que este aviso le dice al consumidor:** Debe actuar con rapidez enviando la documentación; de lo contrario, no podrá inscribirse. También le informa:

- Documentos aceptables para presentar
- Cómo presentar documentos

# Mercado de Seguros Médicos

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

---

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

[Date]

## Actúe ahora: Envíe documentos antes del [Date]

Estimado [Name 1]:

En su solicitud al Mercado, nos informó que alguien en su hogar perdió (o pronto perderá) la cobertura.

**Antes de que pueda comenzar su cobertura, debe presentar copias de los documentos de los siguientes miembros del hogar:**

- **[Name 1]:** Envíe documentos que confirmen que **[Name 1]** [perdió (o perderá) la cobertura].
- **[Name 2]:** Envíe documentos que confirmen que **[Name 2]** [perdió (o perderá) la cobertura].

**Envíe documentos nuevos o diferentes antes del [Date]**— si no cumple con esta fecha límite, su cobertura no comenzará y es posible que tenga que esperar hasta la próxima Inscripción Abierta para obtener o cambiar de plan del Mercado.

Cuanto antes envíe los documentos, más pronto comenzará su cobertura. Revise las siguientes páginas para encontrar una lista de documentos aceptables y los pasos sobre cómo presentarlos. Envíe sólo copias (no originales).

Después de enviar los documentos aceptables, le enviaremos otra carta sobre el pago de la prima del primer mes para que pueda comenzar su nueva cobertura.

## Para obtener más ayuda

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.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.
- Haga una cita con alguien de su zona que pueda ayudarle. Hay información disponible en [CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/find-local-help).
- Obtenga ayuda en un idioma diferente al español. La información sobre cómo tener acceso a estos servicios se incluye con este aviso y está disponible a través del Centro de Llamadas del Mercado.
- Comuníquese con el Centro de Llamadas del Mercado para obtener esta información en un formato accesible como letra grande, braille o audio, sin costo alguno.

Atentamente,

El Mercado de Seguros Médicos  
Departamento de Salud y Servicios Humanos  
465 Industrial Boulevard  
London, Kentucky 40750-0001

*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/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/privacy)). Este aviso se genera por el Mercado según 45 CFR 155.230 y otras provisiones de 45 CFR parte 155, subparte D. El PII utilizado para crear este aviso se recolectó de la información que le ha proporcionado al Mercado de Seguros Médicos. Puede que el Mercado haya utilizado datos de otras agencias federales y estatales o de una agencia de informes del consumidor para determinar la elegibilidad de las personas que aparecen en su solicitud. Si tiene alguna pregunta sobre esta información, llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800- 318-2596 (TTY: 1-855-889-4325).

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites 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 ni discrimina de ningún otro modo a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo o edad. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estos motivos, 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](https://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints) (en inglés), o escribiendo a la Oficina de Derechos Civiles/Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU./200 Independence Avenue, SW/ Room 509F, HHH Building/Washington, DC 20201.

### 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 #####

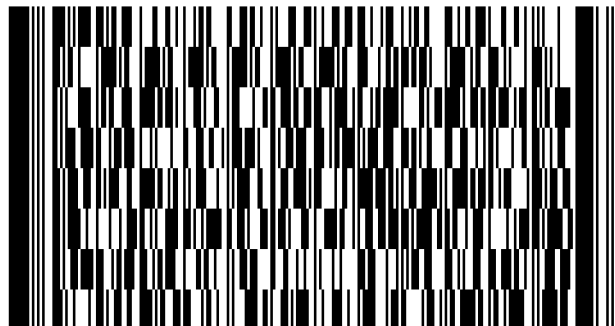
Fecha de la solicitud: [Date]

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://CuidadoDeSalud.gov/downloads/letter-of-explanation.pdf) para enviar una "Carta de explicación" en su lugar.

**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 الى اتخاذ اجراء في مواعيد معينة للحفاظ على تغطيتك الصحية او للمساعدة في التكاليف. لك الحق في الحصول على هذه المعلومات وعلى المساعدة بلغتك من دون اي 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ต์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.

