

Cómo inscribirse durante un período de inscripción especial

Qué hay adentro

¿Qué es la inscripción especial?.....	1
¿Cuál es mi fecha de vigencia?	3
¿Cuáles son los eventos calificados de vida?	4
¿Cómo me inscribo?.....	7

¿Qué es la inscripción especial?

En general, solo puede cambiar o solicitar cobertura de salud durante el período anual estándar de inscripción abierta. Sin embargo, si tiene lo que se llama un “evento calificado de vida” o “cambio de vida”, además puede inscribirse o cambiar su cobertura durante un período de inscripción especial.

Ejemplos de eventos calificados de vida incluyen casarse, tener un bebé y perder la cobertura porque perdió el trabajo. Aunque tenga un evento calificado de vida durante el período de inscripción abierta, igualmente tendrá un período de inscripción especial y es posible que su cobertura empiece en un día distinto a las fechas de vigencia del período de inscripción abierto estándar. Vea el cuadro en la página 3 para conocer las fechas de vigencia para la cobertura.

En general, el período de inscripción especial dura 60 días después de la fecha de su evento calificado de vida. Esto significa que tiene 60 días para cambiar o solicitar cobertura para usted o sus dependientes.

Si tiene aviso por anticipado

Si el evento calificado de vida es una pérdida de cobertura sobre la cual se le informó de antemano, es posible que pueda solicitar cobertura nueva con anticipación. En ese caso tendrá 60 días antes y 60 días después de perder la cobertura para solicitar otra cobertura. Por ejemplo, si sabe que perderá su trabajo debido a una reducción del personal, puede solicitar cobertura nueva hasta 60 días antes de perder su cobertura.

Si COBRA está disponible de su empleador anterior, puede continuar la cobertura del empleador a través de COBRA o inscribirse en un plan individual o familiar.

En algunos casos, si hay un problema con su inscripción o un inconveniente con un contrato del plan, DC Health Link determina la duración del período de inscripción especial.

Vea las páginas 4 a 6 para información detallada sobre los eventos calificados de vida.

¿Qué es la cobertura mínima esencial?

Es el seguro que cumple con el requisito de la reforma al sistema de salud de que todas las personas tengan un cierto nivel de cobertura de salud. Si tiene la cobertura mínima esencial no tendrá que pagar una multa en los impuestos por no estar asegurado.

Aunque casi todos los planes de Kaiser Permanente cumplen con este requisito, también hay otras opciones. Algunos ejemplos son:

- Planes de DC Health Link
- Planes de salud ofrecidos por medio de un empleador o una organización de empleados, como un sindicato
- La mayoría de los planes individuales comprados fuera de DC Health Link
- La mayoría de los planes de Medicaid
- Plan de Seguro Médico para Niños (Child Health Insurance Plan, o CHIP)
- TRICARE
- COBRA
- Ciertos otros tipos de cobertura

Visite cuidadodesalud.gov para obtener más información.

¿Soy elegible para recibir asistencia financiera del gobierno federal?

Es posible que sea elegible para recibir asistencia financiera del gobierno federal para ayudarle a pagar sus primas o gastos de bolsillo. Para ser elegible tiene que inscribirse en su plan de Kaiser Permanente, o cualquier plan que no sea de Kaiser Permanente, por medio de DC Health Link.

Para obtener más información sobre DC Health Link y los requisitos de los períodos de inscripción especiales y eventos calificados de vida, visite dchealthlink.com (en inglés) o llame al 1-855-532-5465. También puede llamarnos al **1-800-494-5314**. (Para TTY, llame al **711**). También podemos ayudarle a solicitar la cobertura de un plan de Kaiser Permanente en DC Health Link.



¿Cuál es mi fecha de vigencia?

La fecha en la cual empieza su cobertura dependerá del tipo de evento calificado de vida que tenga. Use el cuadro a continuación para ver la fecha de vigencia que le corresponde.

Tipo de evento	Fecha en la cual recibimos su solicitud o Formulario de cambio de cuenta (Account Change Form)	Fecha de vigencia
Tener alguno de estos cambios: • Pérdida de la cobertura de salud • Cambio de elegibilidad para la cobertura de salud proporcionada por el empleador Detalles en las páginas 4 a 6.	El último día o antes del último día de cobertura	El primer día del mes después de la última fecha de cobertura
	Después de la pérdida de cobertura o cambio en la cobertura del empleador: entre el 1.º y el 15 del mes después del evento calificado de vida	El primer día del siguiente mes
	Después de la pérdida de cobertura o cambio en la cobertura del empleador: entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes siguiente
Agregar o convertirse en un dependiente por matrimonio o registro de una pareja legal o doméstica Detalles en la página 5.	Cualquier día del mes	El primer día del mes después de que se reciba la solicitud o Formulario de cambio de cuenta
Agregar un dependiente por nacimiento, adopción, cuidado de crianza, o colocación en adopción o en cuidado de crianza Detalles en la página 5.	Cualquier día del mes	Fecha de nacimiento, adopción, cuidado de crianza o colocación en adopción o en cuidado de crianza, o el primer día del mes después del evento calificado de vida, puede elegir cualquiera de estas opciones
Orden de manutención de los hijos u otra orden de la corte para cubrir a un hijo Detalles en la página 5.	Cualquier día del mes	Fecha de vigencia de la orden de la corte
Traslado permanente Detalles en la página 5.	Entre el 1.º y el 15 del mes	El primer día del siguiente mes
	Entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes siguiente
Tener un cambio de: • Elegibilidad para recibir asistencia financiera del gobierno federal • Condición migratoria • Ser liberado de un reclusorio • Condición de indio americano/nativo de Alaska Detalles en la página 6.	Entre el 1.º y el 15 del mes	El primer día del siguiente mes
	Entre el 16 y el último día del mes	El primer día del segundo mes siguiente
Determinación de DC Health Link Detalles en la página 6.	Cualquier día del mes	Cualquier día del mes, tal como lo determine DC Health Link, incluyendo una fecha retroactiva



¿Cuáles son los eventos calificados de vida?

Esta es una lista de todos los eventos calificados de vida que pudiera tener.

Si perdió la cobertura

Tenga en cuenta que si perdió la cobertura de salud, la fecha de su evento calificado de vida es el último día completo de cobertura de su plan anterior.

1

Pérdida de la cobertura de salud:

- **Pierde la cobertura proporcionada por su empleador por alguna de las siguientes razones:**
 - Pierde su trabajo.
 - Se reducen sus horas de trabajo, de manera que ya no es elegible para recibir cobertura.
 - Fallece la persona que lo cubre a usted en su plan de salud del empleador.
 - Usted es un dependiente en el plan y su estado civil cambia debido a una separación legal o divorcio, de manera que se finaliza su elegibilidad como dependiente.
 - Ya no vive o trabaja en el área de servicio, y no hay ninguna otra cobertura de salud de grupo disponible para usted.
 - Es parte de un grupo de empleados a los cuales su empleador ya no les ofrece cobertura.
 - Un hijo dependiente cumple años y ya no es elegible como dependiente.
 - Su empleador deja de contribuir pagos de prima para su cobertura de salud de grupo.
 - Finaliza su cobertura de COBRA.
 - Su cobertura como jubilado se descontinúa cuando su empleador declara quiebra federal (Chapter 11).
 - La persona que lo cubre a usted en su plan de salud del empleador empieza a poder recibir Medicare.
 - Su plan de grupo se renovará o se finalizará en una fecha distinta del 1.º de enero.
- **Pierde su cobertura de Medicaid. Algunos ejemplos comunes pueden ser:**
 - Hubo un cambio en sus ingresos.
 - Pasan 60 días después de dar a luz a un hijo, o pierde un embarazo.
 - Pierde lo que se conoce como cobertura “necesaria desde el punto de vista médico,” que es cobertura de Medicaid para personas con demasiados ingresos o bienes para ser elegibles para recibir Medicaid común, pero tienen gastos médicos elevados. Este tipo de período de inscripción especial solo puede ocurrir una vez por año calendario.
- **Pierde su cobertura de Healthy Families (CHIP).**
- **Pierde su cobertura de Medicare parte A, partes A y B, o parte C.**

(continúa en la página siguiente)

Si tuvo un hijo en los últimos meses

Si su evento calificado de vida es el nacimiento de un hijo, puede pedir que su plan se inicie en la fecha de nacimiento de su hijo, o en el primer día del mes después de esa fecha, siempre que presente la solicitud dentro de los 60 días del nacimiento de su hijo.

Esto significa que puede cubrir la atención de su bebé recién nacido hasta por 60 días antes de solicitar cobertura. Pero tenga en cuenta que si elige una fecha de vigencia en el pasado, tendrá que pagar primas por ese tiempo, más la prima estándar del primer mes.

Por ejemplo, si tuvo un bebé el 1.º de marzo y presenta su solicitud el 15 de abril, puede solicitar el 1.º de marzo como la fecha de vigencia, pero tendrá que incluir los pagos de prima para marzo, abril y mayo junto con su solicitud.

¿Cuáles son los eventos calificados de vida? (continuación)

- **Pierde la cobertura de un plan individual porque:**
 - Su plan individual se renovará o se finalizará en una fecha distinta del 1.º de enero.
 - Se vuelve inelegible para recibir cobertura individual. (Por ejemplo, esto puede pasar cuando alguien alcanza el límite de edad legal para ser un hijo dependiente).
 - Pierde ciertos tipos de cobertura de veteranos.
 - Pierde su cobertura de TRICARE.
 - Pierde cierta cobertura de salud autofinanciada para estudiantes.

Tenga en cuenta que estos eventos NO son eventos calificados de vida:

- Pierde cobertura porque no pagó sus primas.
- Se canceló su plan.
- Tenía cobertura de Medicare Parte B y no tiene ninguna otra cobertura.

2 Agregar, perder o convertirse en un dependiente:

- Tiene un bebé, adopta un niño o se casa, o recibe un hijo de crianza si su plan incluye cobertura para hijos de crianza.
- Pierde un dependiente porque el dependiente alcanzó la edad en la cual ya no es elegible para tener cobertura en su plan de salud.

3 Orden de manutención de los hijos u otra orden de la corte para cubrir a un hijo:

Una corte estatal o federal ordena que un hijo dependiente esté cubierto como un dependiente. La fecha de vigencia aprobada será dentro de los 60 días de recibir la orden de la corte.

4 Traslado permanente:

Se traslada a otro lugar y tiene otras opciones de planes de salud. **Tiene que haber tenido la cobertura mínima esencial durante por lo menos 1 día completo en los últimos 60 días para poder ser elegible para este evento calificado de vida a menos que se haya trasladado de otro país o de un territorio de los Estados Unidos.** DC Health Link puede elegir que el plan que esté disponible por anticipado. Para obtener más información, visite dhealthlink.com o llame al 1-855-532-5465. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

(continúa en la página siguiente)

¿Cuáles son los eventos calificados de vida? (continuación)

5 Ser liberado de un reclusorio:

Recientemente fue liberado de la cárcel, prisión u otra forma de encarcelamiento. **En este caso, solo puede inscribirse en un plan ofrecido a través de DC Health Link.** DC Health Link puede elegir permitir que el plan esté disponible por anticipado. Para obtener más información, visite dhealthlink.com o llame al 1-855-532-5465. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

6 Cambio de elegibilidad para recibir asistencia financiera federal por medio de DC Health Link:

- Cambia el nivel de ingresos de su unidad familiar y como resultado usted o sus dependientes son elegibles –o no son elegibles– para recibir asistencia financiera. Los dependientes tienen que estar inscritos en el mismo plan que el suscrito.
- Vive en un estado que no amplió Medicaid y no está inscrito en un plan de Medicaid, y se hace elegible para recibir un crédito fiscal anticipado para la prima (*advanced premium tax credit*, o APTC) porque los ingresos de su unidad familiar aumentan y superan el 100% del nivel federal de pobreza (*federal poverty level*, o FPL).

Para obtener más información sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera federal, visite dhealthlink.com o llame al 1-855-532-5465. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

7 Cambio de elegibilidad para la cobertura de salud proporcionada por el empleador:

Usted o su dependiente se vuelven elegibles para el APTC como resultado de volverse inelegibles para la cobertura de salud a través de un empleador, como por ejemplo si el empleador descontinúa o cambia esa cobertura.

8 Cambio en la condición migratoria:

Empieza a tener derecho a tener cobertura de salud debido a un cambio en la condición migratoria. **En este caso, solo puede inscribirse en un plan ofrecido a través de DC Health Link.** Para obtener más información, visite dhealthlink.com o llame al 1-855-532-5465. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

9 Cobertura como indio americano/nativo de Alaska:

DC Health Link determina que usted es elegible para un período de inscripción especial mensual para inscribirse o cambiar la cobertura de salud. **En este caso, solo puede inscribirse en un plan ofrecido a través de DC Health Link.** Para obtener más información, visite dhealthlink.com o llame al 1-855-532-5465. También puede llamar a Kaiser Permanente para obtener ayuda al **1-800-494-5314**.

10 Determinación de DC Health Link:

DC Health Link determina que usted es elegible para un período de inscripción especial debido a circunstancias extraordinarias, como por ejemplo un error o falta de acción por parte de DC Health Link, o por cualquier otro motivo.



¿Cómo me inscribo?

Llene una solicitud en línea en DC Health Link durante un período de inscripción especial. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros, su agente o su corredor. O visite dhealthlink.com para obtener más información.

Kaiser Foundation Health Plan of the Mid-Atlantic States, Inc (Kaiser Health Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. El Kaiser Health Plan no excluye a las personas o las trata de forma diferente por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Recuerde también:

- Nosotros les brindamos ayuda y servicios sin costo alguno a las personas que tienen una discapacidad que les impide comunicarse con nosotros en forma eficaz, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
 - Información por escrito en otros formatos, tales como letra grande, audio y otros formatos electrónicos accesibles
- Brindamos servicios de idiomas sin costo alguno a personas cuyo idioma principal no sea el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información por escrito en otros idiomas

Si necesita dichos servicios, llame al número proporcionado a continuación.

District of Columbia	1-800-777-7902
Maryland	1-800-777-7902
Virginia	1-800-777-7902
Línea TTY	711

Si cree que el Kaiser Health Plan no le ha brindado dichos servicios o ha incurrido en discriminación en contra suya de otra manera por motivo de la raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, usted puede presentar una queja ante el Kaiser Civil Rights Coordinator, 2101 East Jefferson Street, Rockville, MD 20852, número de teléfono: 1-800-777-7902. Puede presentar una queja por correo o por teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Kaiser Civil Rights Coordinator está disponible para ayudarlo. También puede presentar una queja de derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services), la Oficina de Derechos Civiles (Office for Civil Rights) a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o por teléfono: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD). Los formularios de queja están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.