

***Descripción General: Aviso de Advertencia Inicial de Comparación Periódica de Datos del Mercado***

Como parte de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) la Comparación de Datos Periódica (Medicaid/CHIP PDM), el Mercado de Seguros Médicos (Mercado) examina las fuentes de datos disponibles para identificar a los consumidores que están inscritos en la cobertura del Mercado con los pagos adelantados del crédito fiscal (también conocidos como anticipos del crédito fiscal (APTC)) o reducciones de costos compartidos basados en el ingreso (CSRs), y la cobertura de Medicaid o CHIP que cuenta como cobertura médica calificada (a veces llamada cobertura esencial mínima - MEC).

Este aviso se le envía al contacto en el hogar de una solicitud cuando un consumidor que aparece en la solicitud se encuentra para ser doblemente inscrito en la cobertura del Mercado con APTC/CSRs y Medicaid o CHIP que cuenta como cobertura calificada. Este aviso les informa a los consumidores afectados que deben cancelar de inmediato la cobertura del Mercado con APTC/CSRs para cada persona que también está inscrita en Medicaid o CHIP.

El aviso describe los pasos que se deben tomar si el contacto del hogar u otros en la solicitud: (1) ESTÁN inscritos en Medicaid o CHIP que cuenta como la cobertura calificada (es decir, cancelar la cobertura del Mercado con APTC/CSRs); o (2) NO ESTÁN inscritos en cobertura esencial mínima de Medicaid o CHIP (es decir, informar de un cambio de vida). Si un consumidor no responde a este aviso para la fecha especificada, el Mercado cancelará cualquier APTC/CSRs pagados en nombre del consumidor y la cobertura del Mercado, para este consumidor, continuará sin ayuda financiera. Este consumidor tendrá que cancelar su cobertura del Mercado si ya no desea estar inscrito en que la cobertura y pagar el costo total de su parte de la prima del plan del Mercado y los servicios cubiertos. Si optan por permanecer en la cobertura del Mercado, pagando el costo total, deben notificar a su agencia estatal de Medicaid o CHIP de su inscripción en el Mercado; ya que podrían no ser elegibles para CHIP. Para cualquier otra persona en la solicitud que es elegible para la cobertura del Mercado, la cobertura continuará y el Mercado volverá a determinar su elegibilidad y el APTC y CSRs serán recalculadas, si aplica.

Frases en varios idiomas se encuentran al final del aviso para aquellos que pueden requerir asistencia en otro idioma.

[todays\_date]

[hh\_contact\_first\_name] [hh\_contact\_last\_name]

[hh\_contact\_street\_name\_1]

[special\_address\_2\_line]

[hh\_contact\_city\_name], [hh\_contact\_state\_code] [hh\_contact\_zip\_plus\_4\_code]

## **Advertencia: Los miembros de su hogar pueden estar en riesgo de perder la ayuda financiera para su cobertura del Mercado.**

Fecha de solicitud: (application\_submission\_date)

Identificación de la solicitud (ID): (application\_identifier)

Estimado(a) (hh\_contact\_first\_name):

Usted está recibiendo este aviso porque nuestros registros indican que el Mercado cuenta con información que indica que las siguientes personas están inscritos en un plan del Mercado con ayuda financiera Y [Nombre de Programa Estatal de Medicaid] (Medicaid) o [Nombre de Programa Estatal de CHIP] (Programa de Seguro Médico para Niños o CHIP):

- [application\_member\_names]
- [application\_member\_names]
- [application\_member\_names]
- [application\_member\_names]

**IMPORTANTE:** Usted debe cancelar de INMEDIATO la cobertura del Mercado con ayuda financiera para cada persona antes mencionada, que también esté inscrito en Medicaid o CHIP. Cuando el Mercado identifica que alguien tiene cobertura a través de Medicaid o CHIP, no son elegibles para la ayuda financiera para su cobertura del Mercado. **Si no toma acción para el [PDM timer date], el Mercado terminará todos los pagos adelantados del crédito fiscal para la prima (APTC) y reducciones de costos compartidos (CSRs) siendo pagados para esa persona.**

Cuando el Mercado termine el APTC y CSR, la cobertura del Mercado para esta persona continuará sin ayuda financiera. Esta persona puede optar por tener un plan del Mercado sin la ayuda financiera y pagar el costo total de su parte de la prima del plan del Mercado y servicios cubiertos, si es elegible. Si optan por permanecer en la cobertura del Mercado, pagando el costo total, deben notificar a su agencia estatal de Medicaid o CHIP de su inscripción en el Mercado; ya que podrían no ser elegibles para CHIP. Para cualquier otra persona no mencionada anteriormente, la cobertura del Mercado continuará y el Mercado volverá a determinar su elegibilidad para el APTC y CSRs, si aplica.

## ¿Qué debo hacer ahora?

**Para cada persona que aparece en este aviso, usted debe tomar acción de INMEDIATO. Si no toma acción para el [PDM timer date], el Mercado cancelará la ayuda financiera que están recibiendo para pagar las primas del plan del Mercado y los servicios cubiertos. Siga los pasos siguientes según su situación:**

Si alguien está:	Tome este paso <u>antes</u> del [PDM timer date]:	De esta forma:
Inscrito en [State Medicaid Program Name] (Medicaid) O [State CHIP Program Name] (CHIP), Y en un plan del Mercado con APTC/CSRs	Cancele el plan del Mercado con APTC/CSRs de esta persona	<p>Visite <a href="http://CuidadoDeSalud.gov">CuidadoDeSalud.gov</a> e ingrese a su cuenta del Mercado. Seleccione "Iniciar una nueva solicitud o actualizar una existente". Seleccione su solicitud más reciente. Haga clic en "Detalles de la solicitud" en el lado izquierdo de la pantalla. Siga los pasos bajo "Cobertura del Mercado y Medicaid/CHIP". Nota: Usted podrá ver este aviso en la página "Detalles de la solicitud".</p> <p>Visite <a href="http://CuidadoDeSalud.gov/es/help/end-marketplace-plan">CuidadoDeSalud.gov/es/help/end-marketplace-plan</a> para más información. Aquí, verá información sobre cómo mantener un plan del Mercado sin ayuda financiera, si alguien desea mantener su cobertura del Mercado pagando el costo total.</p>
<p>NO inscrito en la cobertura calificada a través de [State Medicaid Program Name] (Medicaid) o [State CHIP Program Name] (CHIP)</p> <p>(Consulte la Nota a continuación sobre la cobertura calificada)</p>	Informar de un cambio de vida para esta persona	<p>Visite <a href="http://CuidadoDeSalud.gov">CuidadoDeSalud.gov</a> e ingrese a su cuenta del Mercado. Seleccione "Iniciar una nueva solicitud o actualizar una existente". Seleccione su solicitud más reciente. Haga clic en "Detalles de la solicitud" en el lado izquierdo de la pantalla. Siga los pasos bajo "Cobertura del Mercado y Medicaid/CHIP". Nota: Usted podrá ver este aviso en la página "Detalles de la solicitud". Visite <a href="http://CuidadoDeSalud.gov/es/help/life-change-medicaid-chip">CuidadoDeSalud.gov/es/help/life-change-medicaid-chip</a> para más información.</p>

Comuníquese con Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

**Si cree que alguien enumerado anteriormente no está inscrito en Medicaid o CHIP, si no está seguro si alguien enumerado anteriormente está inscrito en o ha sido determinado elegible**

**para estos programas**, o si tiene otras preguntas sobre la cobertura de Medicaid o CHIP, puede confirmar la información llamando a su oficina estatal de Medicaid o CHIP:

- **Medicaid:** Visite [CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/eligibility](https://CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-chip/eligibility) , vaya a "Solicitar Medicaid y CHIP de 2 maneras" y seleccione su estado en el menú desplegable.
- **CHIP:** Visite [insurekidsnow.gov](https://insurekidsnow.gov) , o llame al 1-877-543-7669.

**Nota:** La mayoría de Medicaid cuenta como "cobertura médica calificada" (también llamada cobertura esencial mínima o MEC), pero algunas formas de Medicaid sólo cubren beneficios limitados (como Medicaid que sólo cubre el cuidado de emergencia, planificación familiar o servicios relacionados con el embarazo) y no son consideradas cobertura calificada. (Para obtener más información sobre cuales programas de Medicaid son considerados como cobertura esencial mínima, visite: [CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-limited-benefits/](https://CuidadoDeSalud.gov/es/medicaid-limited-benefits/)). La mayoría de la cobertura CHIP se considera cobertura calificada.

Si usted o alguien en su solicitud está inscrito en un programa de Medicaid que ofrece beneficios limitados (no se considera cobertura calificada), todavía puede ser elegible para APTC/CSRs que ayuda con las primas de su plan del Mercado y servicios cubiertos. **Para las personas con cobertura de Medicaid con beneficios limitados, siga las instrucciones de la tabla anterior para las personas que no están inscritas en cobertura médica a través de Medicaid o CHIP.**

#### **Para obtener más ayuda**

- Visite [CuidadoDeSalud.gov](https://CuidadoDeSalud.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325. También puede hacer una cita con un asistente para recibir ayuda. La información está disponible en [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](https://AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov).
- Servicios de Ayuda de Idiomas. Si necesita ayuda en un idioma que no sea el inglés, tiene derecho a recibir ayuda e información en su idioma sin costo alguno. La información acerca de cómo tener acceso a estos servicios se incluye con este aviso. También puede llamar al Centro de Llamadas del Mercado para más información.
- Si tiene una incapacidad y necesita arreglos razonables, llame al Centro de Llamadas del Mercado. Estas acomodaciones están disponibles sin costo alguno.

Atentamente,

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/es/privacy](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/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 a, o de otra manera discrimina contra cualquier persona por motivos de raza, color, origen nacional, incapacidad, sexo o edad. Si piensa 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](https://hhs.gov/ocr/civilrights/complaints), o escribiéndole a la Oficina de Derechos Civiles/ Departamento de Salud y Servicios Humanos/ 200 Independence Avenue, SW/ Sala 509F, HHH Building/ Washington, D.C. 20201.

**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 و صلك 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的语种的帮助。请致电 1-800-318-2596 并聽完全部錄音。當有代表接聽時，請說明您所需的语种，屆時將有譯員與您聯繫。

**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 આરોગ્ય વીમા માર્કેટસ્થળ સમારકતે તમારી અરજી અથવા સર્વગ્રાહી વીમો વિશેની મહત્વની માહિતી છે. આ સૂચનામાં મહત્વની તારીખો માટે જુઓ.

તમે તમારા આરોગ્ય આવી લેવા અથવા ખર્ચમાં મદદ કરવા માટે અમુક ચોક્કસ નિશ્ચિત સમય ને હદમાં ધ્યાનમાં રાખીને પગલાં લેવાની જરૂર પડે છે.

મને કોઈ પણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં આજણકારી અને મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. 1-800-318-2596 અને શરૂઆતના મારકતે 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. {0}귀하는 귀하의 언어로 이 정보와 도움을 무료로 받을 수 있는 권리가 있습니다{/0}{1}. {/1} {0}1-800-318-2596 {/0}{1}로 전화하시고 시작하기 전에 기다리십시오. {/1} 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 przełączona 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 bàn về đơn nộp hoặc hợp đồng bảo hiểm của chương trình Thị trường bảo hiểm sức khỏe Marketplace. Xin xem ngày then chốt trong thông báo này. Quý vị có thể phải thực hiện theo thông báo đúng trong 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 miễn phí. Xin gọi 1-800-318-2596 và đợi nghe hết lời mở đầu do máy nói. Cho tới khi gặp một nhân viên trả lời, xin nói ngôn ngữ của mình là gì và quý vị sẽ được kết nối với một thông dịch viên.



April 2016