

Carta de Explicación para Confirmar Información de la Solicitud

Si recibe un aviso del Mercado indicando que necesita presentar documentos para confirmar la información de su solicitud, puede cargar o enviar copias de esos documentos al Mercado. En algunos casos, puede enviar una explicación por escrito si no tiene ninguno de los otros documentos que le pedimos que nos envíe.

Para hacer esto, guarde este archivo en su computadora, complete la sección relacionada con la información solicitada en su Aviso de Elegibilidad y cárguela a su cuenta en CuidadoDeSalud.gov. Si necesita más espacio, puede continuar en otra hoja de papel.

Para cargar su carta, inicie sesión en su cuenta del Mercado y seleccione la solicitud con la inconsistencia de datos. Seleccione "Detalles de la solicitud" en el menú de la izquierda. Para cada problema, elija el botón "Cargar documentos". En la lista de tipos de documentos, seleccione "otro". O puede enviar una copia por correo a: Mercado de Seguros de Médicos, Attn: Procesamiento de Cobertura, 465 Industrial Blvd., London, KY 40750-0001. Incluya la página de código de barras impresa de su aviso. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/tips-and-troubleshooting/uploading-documents para más información.

Su Nombre _____

Su Identificación (ID) de Solicitud _____

(Necesita escribir su ID de solicitud si envía este documento por correo. Su ID de solicitud se encuentra en la parte superior de su aviso cerca de su dirección postal o en línea en su cuenta del Mercado.)

No tengo cobertura a través de Medicare

Marque esta casilla si actualmente está inscrito en la Parte B de Medicare (seguro médico), pero no es elegible para la Parte A de Medicare (seguro de hospital) libre de primas.

¿Cuándo comenzó su cobertura de la Parte B?

____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Díganos por qué no es elegible para la Parte A.

O

Marque esta casilla ya no tiene cobertura de la Parte A de Medicare.

¿Cuándo terminó su cobertura de la Parte A?

____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Díganos sobre su reciente cobertura médica, incluyendo que ya no tiene cobertura a través de la Parte A de Medicare.

O

Marque esta casilla si tenía cobertura por incapacidad de Medicare, pero ya no está inscrito.

¿Cuándo terminó su cobertura por incapacidad de Medicare?

____ / ____ / ____
MM DD AAAA

No tengo cobertura a través de TRICARE

Díganos sobre su reciente cobertura médica , incluyendo cuando terminó su TRICARE.

Marque esta casilla si nunca estuvo inscrito en TRICARE.

No tengo cobertura a través del Departamento del Cuerpo de Paz

Díganos sobre su reciente cobertura médica , incluyendo que ya no es elegible ni está inscrito en una cobertura a través del Cuerpo de Paz.

Marque esta casilla si nunca estuvo inscrito en cobertura médica a través del Cuerpo de Paz.

No tengo cobertura a través del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)

Díganos sobre su reciente cobertura médica , incluyendo que ya no tiene cobertura a través del VA.

Marque esta casilla si nunca fue elegible ni estuvo inscrito en cobertura médica a través del VA.

Confirmando que no está encarcelado

Díganos por qué no puede enviar los documentos solicitados para confirmar que no está encarcelado.

Usted tiene derecho a obtener información del Mercado en un formato accesible, como letra grande, Braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que lo han discriminado.

Visite [CMS.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice](https://www.cms.gov/about-cms/agency-information/aboutwebsite/cmsnondiscriminationnotice),

o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596 para más información.

Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 12021-S

Julio 2022

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



CuidadoDeSalud.gov