

Carta de Explicación: Sin Otra Cobertura de Salud

¿Quién puede usar este formulario?

Use este formulario si solicitó cobertura del Mercado y recibió una carta indicando que necesita presentar documentos para confirmar que no está inscrito ni es elegible para otra cobertura de salud, pero no tiene ninguno de los documentos aceptables enumerados. Visite [CuidadoDeSalud.gov/verify-information/documents-and-deadlines](https://www.CuidadoDeSalud.gov/verify-information/documents-and-deadlines) para obtener una lista de los documentos que puede enviar. Envíe un formulario aparte para cada miembro del hogar al que se le solicite presentar documentos.

¿Qué pasa después?

- Imprima este formulario o descárguelo a su computadora.
- Llene la sección sobre otras coberturas de salud.
- Cargue o envíe por correo su formulario completo. Cargar es más rápido.

Cómo cargar:

- Inicie sesión en su cuenta del Mercado en [CuidadoDeSalud.gov/login](https://www.CuidadoDeSalud.gov/login).
- Seleccione su solicitud actual.
- Seleccione "Detalles de la solicitud", luego "Cargar documentos".
- Seleccione "Carta de explicación" de la lista de tipos de documentos y siga las instrucciones.

Cómo enviar por correo:

- Envíe sólo una copia (**no el original**).
- Incluya la página de código de barras impresa que vino con su carta. Si no tiene un código de barras, incluya su nombre impreso y la identificación de la solicitud en cada página de su formulario. Su ID de solicitud está cerca de su dirección postal en la parte superior de su carta.
- Envíe el formulario a:
Mercado de Seguros Médicos
Atención: Procesamiento de Cobertura
365 Industrial Blvd.
London, KY 40750

Obtenga ayuda con este formulario

- **En línea:** Visite [CuidadoDeSalud.gov/tips-and-troubleshooting/uploading-documents](https://www.CuidadoDeSalud.gov/tips-and-troubleshooting/uploading-documents) para más información.
- **Teléfono:** Llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.
- **En persona:** Es posible que haya consejeros en su área que puedan ayudarle. Visite [AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov](https://www.AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov) para más información.
- **In English:** Call our help center toll free at 1-800-318-2596.
- **Otros idiomas:** Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al 1-800-318-2596 y dígame al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le ayudaremos sin costo alguno para usted.

Carta de Explicación: Sin Otra Cobertura de Salud

1. Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)

2. Nombre del solicitante principal: (Esta es la persona que figura primero en su solicitud del Mercado).

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

3. Fecha de nacimiento del solicitante principal: (mm/dd/aaaa)

4. Estado:

5. Número de identificación de la solicitud: (Busque este número en la parte superior de la carta que recibió del Mercado, o en su cuenta del Mercado en [CuidadoDeSalud.gov/login](https://www.CuidadoDeSalud.gov/login)).

6. Marque la casilla si es elegible o está inscrito en alguno de estos programas de cobertura médica:

Medicaid/CHIP

Medicare

Cuerpo de Paz

TRICARE

Asuntos de Veteranos

Ninguno de estos

7. Si es elegible o está inscrito en otra cobertura, indique el nombre del programa aquí:

8. Seleccione la razón por la que no tiene o perdió otra cobertura (si corresponde):

Cobertura denegada

No está embarazada

Edad no califica para CHIP/TRICARE

Se mudó a otro estado

No califica debido a su estatus migratorio

9. Díganos por qué no pudo enviar otros documentos para confirmar que no es elegible o está inscrito en otra cobertura. También puede darnos más información sobre su situación.

Tiene derecho a obtener su información en un formato accesible, como letra grande, braille o audio.

También tiene derecho a presentar una queja si siente que ha sido discriminado.

Visite [CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice](https://www.CMS.gov/About-CMS/Web-Policies-Important-Links/Accessibility-Nondiscrimination-Disabilities-Notice) (en inglés),

o llame al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al: 1-855-889-4325.

Mercado de Seguros Médicos

CMS Producto No. 12021-S

Enero 2025

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



[CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov)