

Lista de control de circunstancias habilitantes y requisitos de elegibilidad

Desde el 1/1/19

Reglas de elegibilidad generales

Para tener acceso a un plan individual y familiar de Blue Shield of California, usted debe cumplir con lo siguiente:

- Debe vivir en California (ser residente).
- No debe estar inscrito en la cobertura de Medicare.
- Debe presentar una solicitud de cobertura durante nuestra inscripción abierta anual, o bien debe estar en una circunstancia habilitante válida y presentar una solicitud de cobertura durante un período de inscripción especial.

Residencia en California

Se considera residente de California a la persona que:

- no vive de forma permanente fuera de California, y
- tiene intención de vivir en California, como mínimo, 180 días del año que empieza el día de comienzo de la cobertura.

Deben cumplirse los dos requisitos, ya sea que se presente una solicitud durante la inscripción abierta o en un período de inscripción especial.

Importante: Si la solicitud es únicamente para el niño, se debe verificar el lugar de residencia de los padres o tutores.

Bebés recién nacidos y padres

Estos requisitos también se aplican a bebés recién nacidos y a sus padres. Por ejemplo, si una pareja que vive en Nueva York y está esperando un hijo se va de vacaciones y el bebé nace en California, los padres no son considerados residentes de California y, por lo tanto, el bebé no es elegible para un plan de Blue Shield. El lugar de residencia de los padres o tutores legales determina el lugar de residencia del bebé. Estos requisitos se aplican tanto si los padres o tutores legales viven fuera de California o fuera del país. En el caso de las madres sustitutas, a menos que estén reclamando derechos parentales, su lugar de residencia no determina el lugar de residencia del bebé; lo que importa es el lugar de residencia de los padres o tutores legales.

Cómo demostrar que vive en California

Las personas, cónyuges o parejas domésticas que soliciten la cobertura de Blue Shield deben demostrar que viven en California presentando dos documentos distintos de la columna A, o bien un documento de la columna A y un documento de la columna B del siguiente cuadro. Los documentos que indiquen que la persona vive temporalmente en el lugar o que está allí de forma transitoria no son válidos para cumplir con los requisitos de residencia en California.

Nota: Para que los documentos demuestren que usted vive en California, la dirección debe coincidir con la dirección del hogar que está en su solicitud.

Documentación aceptable para demostrar la residencia en California (con fechas aceptables)

Documentación aceptable A

- Factura de un servicio público de California (gas, electricidad, agua o televisión por cable). Para demostrar que se mudó de forma permanente, la factura debe corresponder al servicio inicial.
- Licencia de conducir válida en California o tarjeta de identificación de California con foto. Para demostrar que se mudó de forma permanente, la tarjeta de identificación debe haber sido emitida recientemente.
- Recibo de salario de un empleo en California. Para demostrar que se mudó de forma permanente, el recibo de salario debe incluir el pago del año hasta la fecha que confirme el nuevo empleo.

Documentación aceptable B

- Historial del DMV de California Pida la impresión.
- Documento de devolución de impuestos de California (540) en el que aparezca su dirección en California.
- Comprobante de un programa de ayuda del estado de California.
- Registro y/o seguro de su automóvil en California.
- Documentos de licencia militar (DD214) o Declaración de permiso y ganancias (en los que California aparezca como el estado de registro).
- Impuestos inmobiliarios de California correspondientes a su casa.
- Expediente escolar, comprobante de inscripción en la escuela, identificación escolar o contrato de alojamiento en una escuela de California (para los solicitantes menores de 18 años que soliciten la cobertura de forma individual).

La Affordable Care Act (ACA, Ley de Atención Médica Económica) establece que todas las personas deben tener un seguro de salud o, de lo contrario, pagar una multa impositiva. En la solicitud, se debe indicar un número de Seguro Social, que se usará para informarle al gobierno que las personas han solicitado la cobertura y no deben pagar la multa. Si no se indica un número de Seguro Social para cada adulto mencionado en la solicitud de cobertura, se debe incluir una identificación válida de California con foto.

Períodos de inscripción especial

Las personas que estén en una circunstancia habilitante tendrán un período de inscripción especial para solicitar la cobertura. En la página 4, al lado de cada una de las circunstancias habilitantes mencionadas, se indica la documentación que se debe presentar para ser elegible. Dicha documentación es obligatoria y debe presentarse ante Blue Shield cuando se solicite la cobertura.

Una circunstancia habilitante específica puede aplicarse a toda la familia o solo a la persona afectada. Por ejemplo, si en una familia nace un nuevo integrante, se puede solicitar la cobertura para el bebé de forma individual para que empiece el día de su nacimiento, o bien toda la familia puede solicitar la cobertura para que empiece el día de nacimiento del bebé. La circunstancia habilitante no se aplica al resto de la familia que tiene una póliza en la cual una persona ya no califica como dependiente.

Información importante

- La presentación de los documentos requeridos no garantiza que se apruebe la inscripción. Todos los documentos presentados estarán sujetos a validación y deberán probar que la persona cumple con los requisitos de elegibilidad o está en una circunstancia habilitante.
- En ningún caso la cobertura empezará antes de la fecha de la circunstancia habilitante.
- En el caso de que solicite cobertura debido a una circunstancia habilitante, debemos recibir la solicitud en los 60 días después de la circunstancia habilitante. Puede presentar la solicitud hasta 60 días antes de la fecha de la circunstancia habilitante solamente si la circunstancia habilitante está relacionada con la pérdida de la cobertura. Para todas las demás circunstancias habilitantes, se puede presentar una solicitud solamente después de que la circunstancia habilitante haya ocurrido. Por ejemplo, en el caso de una circunstancia habilitante que tenga que ver con una mudanza nueva, se debe presentar una solicitud después de que la mudanza se haya completado, y no será válida antes de la mudanza.
- Tenga en cuenta que las fechas de comienzo de la cobertura pueden ser diferentes según la circunstancia habilitante específica.

Cobertura esencial mínima

Si una persona o un dependiente elegibles pierden la cobertura esencial mínima, tienen un período de 60 días antes y 60 días después de la pérdida de cobertura para poder inscribirse. El objetivo de esto es evitar que haya una brecha de cobertura al cambiarse a un nuevo plan. La pérdida de la cobertura esencial mínima no incluye la pérdida por falta de pago de las primas, ni por cancelación voluntaria, ni por anulación de la cobertura anterior.

Lista de control de circunstancias habilitantes y requisitos de elegibilidad

Desde el 1/1/19

1	<p>Incorpora a un dependiente o pasa a ser un dependiente debido a un nacimiento, al cuidado tutelar o a una adopción.</p> <p>Fecha de comienzo: La fecha de nacimiento o la fecha en que los padres cubiertos se hacen cargo de la atención de la salud del niño en adopción o bajo cuidado tutelar (la mayoría de las veces, esto ocurre antes de que la adopción sea definitiva).</p>	<p>Se debe presentar documentación que pruebe el derecho a decidir sobre la atención de la salud del niño.</p> <p>Nacimiento</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento del niño (emitido únicamente por el hospital, el condado o el gobierno) <p>Adopción o acogida con fines adoptivos:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Formulario de autorización médica<input type="checkbox"/> Evidencia del derecho que tiene el inscrito a decidir sobre la atención de la salud del niño<input type="checkbox"/> Formulario de renuncia a la patria potestad <p>Además, se deben presentar dos de los documentos que se indican en el cuadro de la página 2 para demostrar residencia en California. Si la solicitud es únicamente para el niño: se debe verificar el lugar de residencia de los padres o tutores.</p>
2	<p>Incorpora a un dependiente o pasa a ser un dependiente debido a matrimonio o convivencia en pareja.</p> <p>Fecha de comienzo: El primer día del mes después de que Blue Shield recibe su solicitud de inscripción. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio<input type="checkbox"/> Acuerdo de convivencia en pareja
3	<p>Su dependiente debe tener cobertura para cumplir con una orden judicial estatal o federal válida.</p> <p>Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Orden calificada de manutención médica de menores (QMCSO, Qualified Medical Child Support Order)<input type="checkbox"/> Orden judicial estatal o federal válida que establezca que el dependiente debe tener cobertura

4

Usted o su dependiente perdieron la cobertura esencial mínima debido a fin del empleo, cambios en la condición laboral o reducción de horas laborales de la persona que brinda cobertura al dependiente.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de que Blue Shield recibe su solicitud de inscripción. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Formulario de elección de COBRA, FMLA o Cal-COBRA
- Aviso de cancelación de la cobertura, modelo de aviso, o certificado de cobertura acreditable

O bien:

- Carta del empleador que haya sido fechada en los 60 días después de la circunstancia habilitante, en hoja con membrete de la empresa, en la que se confirme la pérdida de la cobertura

Y también:

- Recibo de sueldo fechado dentro de los 60 días, en el que se confirme la deducción de la prima médica

Importante: Esta circunstancia se considera habilitante según los criterios de pérdida de la cobertura esencial mínima. Esto significa que la solicitud de cobertura puede presentarse hasta 60 días antes y hasta 60 días después de la fecha en que efectivamente termina la cobertura.

5

Usted o su dependiente pierden la cobertura esencial mínima debido a que un empleador deja de contribuir a su cobertura que no es COBRA.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Formulario de elección de COBRA, FMLA o Cal-COBRA
- Aviso de cancelación de la cobertura, modelo de aviso, o certificado de cobertura acreditable

O bien:

- Carta del empleador que haya sido fechada en los 60 días después de la circunstancia habilitante, en hoja con membrete de la empresa, en la que se confirme la pérdida de la cobertura

Y también:

- Recibo de sueldo fechado dentro de los 60 días, en el que se confirme la deducción de la prima médica

Importante: Esta circunstancia se considera habilitante según los criterios de pérdida de la cobertura esencial mínima. Esto significa que la solicitud de cobertura puede presentarse hasta 60 días antes y hasta 60 días después de la fecha en que efectivamente termina la cobertura.

6

Muere la persona a través de la cual usted o su hijo tenían cobertura como dependientes, o muere un dependiente de su plan de salud.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Certificado de defunción
- Obituario (se puede presentar una copia del periódico o el comunicado de la morgue)

Y también uno de los siguientes:

- Formulario de elección de COBRA, FMLA o Cal-COBRA
- Certificado de cobertura acreditable de otra compañía de seguros, en el que se indiquen los dependientes con cobertura del plan y la fecha en que terminó la cobertura

7

Pierde la cobertura de un plan en el que tenía cobertura como dependiente, y el titular de la póliza del plan ahora tiene derecho a los beneficios según el Título XVIII de la Social Security Act (Ley de Seguro Social).

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Copia de la tarjeta de Medicare
- Carta de aprobación de sus derechos, emitida por la oficina del Seguro Social

Y también uno de los siguientes:

- Formulario de elección de COBRA, FMLA o Cal-COBRA
- Aviso de cancelación de la cobertura

O bien:

- Carta del empleador que haya sido fechada en los 60 días después de la circunstancia habilitante, en hoja con membrete de la empresa, en la que se confirme la pérdida de la cobertura

Y también:

- Recibo de sueldo fechado dentro de los 60 días, en el que se confirme la deducción de la prima médica

Importante: Esta circunstancia se considera habilitante según los criterios de pérdida de la cobertura esencial mínima. Esto significa que la solicitud de cobertura puede presentarse hasta 60 días antes y hasta 60 días después de la fecha en que efectivamente termina la cobertura.

8

Su hijo dependiente pierde la condición de dependiente según los requisitos aplicables del contrato del plan de salud (p. ej., cumple 26 años de edad).

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Aviso de cancelación de la cobertura, modelo de aviso, o certificado de cobertura acreditable
- Copia de la carta de la compañía de seguros, en la que se explica la razón de la cancelación del dependiente

O bien:

- Carta del empleador que haya sido fechada en los 60 días después de la circunstancia habilitante, en hoja con membrete de la empresa, en la que se confirme la pérdida de la cobertura

Y también:

- Recibo de sueldo fechado dentro de los 60 días, en el que se confirme la deducción de la prima médica

Importante: Esta circunstancia se considera habilitante según los criterios de pérdida de la cobertura esencial mínima. Esto significa que la solicitud de cobertura puede presentarse hasta 60 días antes y hasta 60 días después de la fecha en que efectivamente termina la cobertura.

9

Pierde la cobertura o deja de tener a un dependiente debido a separación legal, divorcio o fin de convivencia en pareja.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Formulario de elección de COBRA, FMLA o Cal-COBRA
- Aviso de cancelación de la cobertura, modelo de aviso, o certificado de cobertura acreditable
- Carta del empleador que haya sido fechada en los 60 días después de la circunstancia habilitante, en hoja con membrete de la empresa, en la que se confirme la pérdida de la cobertura

Junto con:

- Recibo de sueldo fechado dentro de los 60 días, en el que se confirme la deducción de la prima médica

Y también uno de los siguientes:

- Sentencia de divorcio
- Aviso de fin de convivencia en pareja (mediante acta notarial)
- Otros documentos que prueben el divorcio, la separación legal o el fin de la convivencia en pareja

Importante: Esta circunstancia se considera habilitante según los criterios de pérdida de la cobertura esencial mínima. Esto significa que la solicitud de cobertura puede presentarse hasta 60 días antes y hasta 60 días después de la fecha en que efectivamente termina la cobertura.

10

Pierde la cobertura según el Access for Infants and Mothers Program (Programa de acceso para madres y bebés) o del programa Medicaid. Esto incluye la cobertura Medi-Cal para los servicios relacionados con los embarazos, la pérdida del acceso a la cobertura para bebés en gestación del CHIP debido al nacimiento del niño, los costos compartidos de Medicaid y los programas médicamente necesarios u otros programas de atención de la salud patrocinados por el gobierno.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Notificación de pérdida de la cobertura de Medicaid o del Children's Health Insurance Program (CHIP, Programa de seguro de salud para niños), emitida por el programa estatal

Importante: Esta circunstancia se considera habilitante según los criterios de pérdida de la cobertura esencial mínima. Esto significa que la solicitud de cobertura puede presentarse hasta 60 días antes y hasta 60 días después de la fecha en que efectivamente termina la cobertura.

11

Pierde los beneficios de una cobertura HMO debido a que ya no vive ni trabaja en el área de servicio de la HMO.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Aviso de cancelación de la cobertura, modelo de aviso, o certificado de cobertura acreditable

Y también:

- Se deben presentar **dos** de los documentos que se indican en el cuadro de la página 2 para demostrar residencia en California.

- **Si la solicitud es únicamente para el niño:** se debe verificar el lugar de residencia de los padres o tutores.

Importante: Esta circunstancia se considera habilitante según los criterios de pérdida de la cobertura esencial mínima. Esto significa que la solicitud de cobertura puede presentarse hasta 60 días antes y hasta 60 días después de la fecha en que efectivamente termina la cobertura.

Pasó a ser residente permanente de California durante un mes que no forma parte del período de inscripción abierta y/u obtuvo acceso a planes de salud calificados como resultado del cambio de residencia permanente.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

Niños dependientes y bebés (solicitud individual):

- Certificado de nacimiento del niño (emitido únicamente por el hospital, el condado o el gobierno), o bien la documentación que permita verificar el estado de la adopción o de la tutela legal (si corresponde)
 - **Si la solicitud es únicamente para el niño:** se debe verificar el lugar de residencia de los padres o tutores.

Niños en edad escolar: desde la educación preescolar (prekinder) hasta 12.º grado (solicitud individual):

- Registro de inscripción escolar del estado donde vivía antes
- Registro de inscripción escolar de California
 - **Si la solicitud es únicamente para el niño:** se debe verificar el lugar de residencia de los padres o tutores.

Adultos y familias:

Si se muda a otra ciudad dentro del estado de California o si se muda de otro estado de los Estados Unidos a California, presente la siguiente documentación:

- Documento en el que aparezca el cambio de dirección reciente (por ejemplo, factura de un servicio público o estado de cuenta de la hipoteca de la vivienda anterior)
- Se deben presentar **dos** de los documentos que se indican en el cuadro de la página 2 para demostrar residencia en California.*

O bien:

- Prueba de que antes vivió en un área de servicio que no pertenece a un plan de salud calificado (QHP, por sus siglas en inglés)

Si se muda de otro país a California, presente la siguiente documentación:

- Copia de la visa de los Estados Unidos, de la página que contiene los datos personales en el pasaporte extranjero y de las páginas que contengan sellos con los siguientes datos:
 - Fecha de entrada en California
 - Fecha de salida del país de origen (el país del cual se mudó)

O bien, si es un ciudadano estadounidense que vivía en el extranjero y se muda de nuevo a los Estados Unidos:

- Pasaporte estadounidense, copia de la visa extranjera con la página que contiene los datos personales y copia de las páginas que contengan sellos con los siguientes datos:
 - Fecha de entrada y salida del país de origen (el país del cual se mudó)

Y también:

- Se deben presentar **dos** de los documentos que se indican en el cuadro de la página 2 para demostrar residencia en California.*
 - **Si la solicitud es únicamente para el niño:** se debe verificar el lugar de residencia de los padres o tutores.

13

Regresa del servicio militar activo.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

- Certificado de baja o destitución del servicio militar activo

Ejemplos de otras circunstancias habilitantes que pueden considerarse:

14

Pierde la cobertura esencial mínima, lo que incluye perder la cobertura porque el empleador de donde el empleado cubierto se jubiló participó en alguna actividad relacionada con el Capítulo 11, o debido a que acabó la cobertura de COBRA.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

- Aviso de cancelación de la cobertura de COBRA emitido por el administrador de COBRA
- Aviso de cancelación de la cobertura, modelo de aviso, o certificado de cobertura acreditable

Es liberado de la cárcel.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

- Formulario de liberación de la cárcel
- Otra documentación oficial que pruebe la liberación de la cárcel

Cambian los requisitos de elegibilidad para acceder a un crédito fiscal anticipado para primas (APTC, por sus siglas en inglés) o a costos compartidos.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

- Documento oficial de Covered California en el que se indique la pérdida de crédito fiscal (APTC) o el cambio en los requisitos de elegibilidad para acceder a costos compartidos, y en el que aparezca la fecha de dicha pérdida o cambio

14

(cont.)

Terminan los servicios cubiertos cuando el proveedor con contrato deja de participar.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

- Carta del proveedor en la que se anuncia el cambio y la fecha de comienzo del cambio de un proveedor participante a un proveedor no participante. La carta debe estar en hoja con membrete y firmada por el proveedor o el representante legal de la práctica.
- Una Explicación de beneficios de la compañía de seguros que rechaza la reclamación, que incluya la razón de dicho rechazo

El plan de beneficios de salud no cumple sustancialmente con una regla material del contrato.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

- Carta del plan de salud calificado en la que se documenta el no cumplimiento y la fecha en que se descubrió dicho no cumplimiento

Víctimas de abuso doméstico o abandono del cónyuge: Un inscrito o un individuo calificado es víctima de abuso doméstico o abandono del cónyuge (lo cual incluye víctimas que sean dependientes o personas no casadas que vivan en el hogar), está inscrito en una cobertura esencial mínima y desea inscribirse en una cobertura distinta de la que tiene la persona que cometió el abuso o el abandono.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

- Prueba de que al menos uno de los solicitantes tuvo cobertura esencial mínima en los 60 días anteriores a la fecha de la solicitud

14

(cont.)

Se inscribió o dejó de inscribirse de manera accidental, involuntaria o por error en un plan de salud calificado, como resultado de error, declaración falsa o inacción por parte del mercado de seguros o del Department of Health and Human Services (HHS, Departamento de Salud y Servicios Humanos); o bien no se inscribió en créditos fiscales anticipados para primas o en programas de reducción de costos compartidos, o no obtuvo dichos créditos o reducción de costos compartidos, como resultado de actividades de inscripción o servicios de ayuda en el proceso de inscripción brindados por una entidad que no pertenece al mercado de seguros (según lo determine el mercado de seguros).

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura empezará el primer día del segundo mes siguiente.

Se determina que no es elegible para CHIP/Medicaid: Un dependiente o un individuo calificado solicita la cobertura en el mercado de seguros o a través de la agencia estatal del CHIP o de Medicaid, pero el proceso para determinar la elegibilidad se retrasa y no se le comunica la situación al individuo hasta después de que ha terminado el período de inscripción abierta anual, o bien cuando han pasado más de 60 días después de la circunstancia habilitante si la cobertura se solicita durante un período de inscripción especial.

Fecha de comienzo: Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 1 y el día 15 del mes, la cobertura empezará el primer día del mes siguiente. Si la solicitud se despacha (según fecha del matasellos) o se recibe entre el día 16 y el último día del mes, la cobertura comenzará el primer día del segundo mes siguiente.

- Carta del mercado de seguros, del HHS o del plan de salud calificado en la que se documente la inscripción o falta de inscripción por error; dicha carta debe incluir el nombre de los miembros, la circunstancia habilitante y la fecha del aviso

Y también uno de los siguientes:

- Formulario de elección de COBRA, FMLA o Cal-COBRA
- Aviso de cancelación de la cobertura, modelo de aviso, o certificado de cobertura acreditable

- Aviso de la agencia estatal que prueba que la persona no es elegible para la cobertura de Medicaid

14
(cont.)

Las personas están inscritas en algún plan de salud individual o grupal que no se rige por el año civil, incluso si los dependientes o individuos calificados tienen la opción de renovar esa cobertura.

Fecha de comienzo: El primer día del mes después de la fecha en que Blue Shield recibe su solicitud. Por ejemplo, para una solicitud recibida el 20 de febrero, la fecha de comienzo de la cobertura será el 1 de marzo.

Aviso de renovación del plan emitido por la compañía de seguros, en el que se incluye la fecha de renovación

15

Circunstancias habilitantes que deben referirse a Covered California:

Condición de indígena estadounidense (es posible que tenga derecho a un período de inscripción especial mensual)

Obtención reciente de la ciudadanía estadounidense

Otras circunstancias excepcionales (que deben ser validadas por Covered California)