



Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725



**COVERED
CALIFORNIA**

{RCPT_FIRST_NAME} {RCPT_LAST_NAME}

*Donde encontrará cuidados de salud
a bajo costo, incluyendo Medi-Cal*

{CITY}, {STATE_CD} {ZIPCODE} {ZIP_4}

Template



Template





Covered California
PO Box 989725
West Sacramento, CA 95798-9725



{RCPT_FIRST_NAME} {RCPT_LAST_NAME}

Donde encontrará cuidados de salud
a bajo costo, incluyendo Medi-Cal

{CITY}, {STATE_CD} {ZIPCODE} {ZIP_4}

¡Renueve su plan para {NEXT_BENEFIT_YEAR}!

{CURRENT_DATE}

Número de caso: {CASE_NUMBER}
Código de acceso en línea: {ACCESS_CODE}

Estimado/a {PRIMARY_FIRST_NAME} {PRIMARY_LAST_NAME},

Es hora de renovar su plan de seguro de salud y/o dental de Covered California para {NEXT_BENEFIT_YEAR}. Usted puede mantener los mismos planes, o comprar un nuevo plan de salud o dental que se ajuste a sus necesidades.

Para renovar su cobertura a más tardar el {END_RENEWAL_DATE}:

1. Inicie una sesión en su cuenta de CoveredCA.com.
2. Haga clic en "Renovar" o "Continuar" para comenzar a revisar la información de su hogar.
3. Haga clic en "Cambiar" para actualizar la información que ha cambiado. Después continúe por las páginas y haga clic en "Enviar solicitud".
4. Compare y seleccione los mejores planes de salud y dental para usted.

NOD12a_10 {La cobertura de Medi-Cal para usted o alguien de su hogar, terminó recientemente.

Para ayudarle a mantenerse cubierto, elegimos un plan de salud de Covered California con la mayor ayuda financiera disponible. Le enviamos una carta con información adicional sobre este plan. Para que su cobertura comience este año, usted debe confirmar el plan iniciando sesión en su cuenta o haciendo su primer pago de la prima mensual. Si usted no toma acción, cancelaremos el plan de salud que elegimos para usted y su plan no se renovará para {NEXT_BENEFIT_YEAR}.

Cambios que usted podría tener que reportar:

- Tamaño del hogar
- Otra cobertura - ¿Usted califica para Medicare o un plan de salud a través de su trabajo?
- Cambio de dirección
- Ingresos - ¿Usted comenzó un nuevo trabajo? ¿Usted recibe beneficios por desempleo?

Para una lista completa de los cambios que debe reportar, vaya a: CoveredCA.com/RAC

NOD12_01 {① ¿No tiene una cuenta en línea? Vaya a CoveredCA.com/create-account para configurar su cuenta. Utilice este código de acceso para vincular su información: {ACCESS_CODE}}



NOD12_02{¿Necesita ayuda para renovar su plan? Un consejero de inscripción certificado o un agente de seguros certificado de Covered California pueden ayudarle sin costo alguno para usted. Nuestros registros muestran que {AGENCY_BUSINESS_NAME} le ayudó a usted el año pasado. Llámelos al {AGENCY_PHONE_NUMBER}}}

NOD12_03{¿Necesita ayuda para renovar su plan? Un consejero de inscripción certificado o un agente de seguros certificado de Covered California pueden ayudarle sin costo alguno para usted. Encuentre uno cerca de usted en: CoveredCA.com/find-help.}

O llame a Covered California de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. al {SERVICE_CENTER_PHONE} (TTY: 1-888-889-4500).

¿Qué sucederá después?

- **Si usted no renueva su cobertura a más tardar el {END_RENEWAL_DATE}**, Covered California utilizará la información más reciente de su solicitud y de fuentes de datos electrónicos para ver si aún es elegible. Nosotros volveremos a inscribir a su hogar en los mismos planes que tiene ahora si los mismos están disponibles. Si su plan actual no está disponible o usted ya no es elegible para inscribirse en ese plan, nosotros lo inscribiremos en un plan similar con la misma compañía de seguros o con otra.

Cuando se renueve su plan, usted recibirá una carta que indica su nuevo pago de la prima mensual para {NEXT_BENEFIT_YEAR}.
- **Pague su prima mensual directamente a su compañía de seguros.** Si usted tiene una prima mensual, no envíe su pago a Covered California. Si usted elige un nuevo plan, su cobertura de {NEXT_BENEFIT_YEAR} no comenzará hasta que usted haga su primer pago.
- **La inscripción abierta termina el {OE_END_DATE}**. Para comenzar su cobertura el 1 de enero, usted deberá inscribirse a más tardar el {END_OF_OE_OR_12_31}.

Tome en cuenta que:

❖ Su pago de la prima mensual podría cambiar el próximo año.

La cantidad que usted paga por su plan de salud podría cambiar para {NEXT_BENEFIT_YEAR}. Las primas se basan en su edad, dónde vive y en el plan que elija. Siga los pasos en la primera página de esta carta para ver sus opciones de planes y los precios.

❖ **NOD12a_05**{Su ayuda financiera puede cambiar el próximo año.

La ayuda financiera reduce el costo de la cobertura de salud. Su ayuda financiera se basa en sus ingresos, el tamaño de su hogar y dónde vive. Pero incluso si esta información sigue siendo la misma, la ayuda financiera podría cambiar cada año. En {CURRENT_BENEFIT_YEAR}, su hogar fue elegible para hasta \${CURRENT_BENEFIT_YEAR_APTC_AND_CAPS} mensuales en ayuda financiera, basada en los ingresos actuales de su hogar de \${ANNUAL_INCOME} por año.

Si no tenemos su información actualizada, usted podría recibir **demasiada ayuda financiera y tendrá que devolverla** cuando declare impuestos el próximo año. O puede que usted no reciba suficiente ayuda financiera durante el año. Asegúrese de que su información esté actualizada para que su hogar reciba la cantidad correcta de ayuda financiera. Para obtener más información, lea las Preguntas frecuentes a continuación en esta carta.}



❖ **NOD12a_06{Necesitamos su consentimiento (permiso) para ver si su hogar es elegible para la ayuda financiera en {NEXT_BENEFIT_YEAR}.**

Tenemos que verificar los registros electrónicos para ver si su hogar es elegible para ayuda financiera. Si usted no nos da permiso para revisar estos registros, renovaremos su plan de salud sin ninguna ayuda financiera. Si usted quiere ayuda financiera, debe tomar acción actualizando su consentimiento en línea o llamando a nuestro sistema telefónico automatizado en cualquier momento al 1-800-300-1506 (TTY: 1-888-889-4500).}

❖ **NOD12a_07{Un miembro de su hogar podría ser elegible para Medicare pronto.**

La mayoría de las personas que son elegibles para Medicare deberían inscribirse en Medicare y terminar su plan de salud de Covered California o ayuda financiera para evitar multas tributarias. Cuando se inscribe en Medicare, su plan de Covered California **no** terminará automáticamente. Llame a Covered California al menos 14 días antes de la fecha en la que le gustaría que terminara su cobertura. Para obtener más información, vaya a CoveredCA.com/Medicare.

Nota: Covered California **no** ofrece Medicare Parte A, B o D, planes de Medicare Advantage (Parte C) o Seguro suplementario (Medigap).}

❖ **NOD12a_08{Es posible que un miembro de su hogar ya no sea elegible para un plan de cobertura mínima en {NEXT_BENEFIT_YEAR}.**

Nuestros registros muestran que un miembro de su hogar está inscrito en un plan de cobertura mínima, pero ya no cumplirá los requisitos de edad en {NEXT_BENEFIT_YEAR}. Este miembro tendrá que elegir un nuevo plan. Si no elige un nuevo plan antes de la fecha de renovación indicada arriba, le inscribiremos en un plan similar.}

Gracias,

Covered California

A usted se le envió esta carta de conformidad con la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act) y sus reglamentos de implementación: 45 CFR § 155.335(c) y Cal. Code Regs., tit. 10, § 6498(e).



Preguntas frecuentes

P: ¿Cuál es el último día en que puedo hacer cambios a mi plan de salud de {NEXT_BENEFIT_YEAR}?

R: El último día para hacer cambios es el {OE_END_DATE}. Si quiere que sus cambios comiencen el 1 de enero, usted tendrá que hacerlos **antes** del {END_OF_OE_OR_12_31}. Si no es así, los cambios podrían comenzar más adelante en el año.

P: Algunos miembros de mi hogar están inscritos en Medi-Cal. ¿Cuándo lo renovamos?

R: Las renovaciones de Medi-Cal son durante todo el año. Si algún miembro de su hogar tiene Medi-Cal, la oficina local de su condado podría comunicarse con usted para obtener más información cuando sea el momento para renovar. Los miembros de su hogar que son elegibles para Covered California deberán seguir los pasos en la primera página de esta carta para renovar su plan de salud.

P: ¿Cómo reporto mis ingresos si cambian de mes a mes?

R: Si sus ingresos cambian mucho cada mes, estime cuánto ganará usted al final del año. Si usted está ganando más o menos que su estimación anual, avise inmediatamente a Covered California. Cuando su información cambia es importante actualizar su solicitud dentro de 30 días para que podamos darle la cantidad correcta de ayuda financiera.

P: ¿Qué es la ayuda financiera?

R: Covered California ofrece diferentes tipos de ayuda financiera para reducir el costo de la cobertura de salud para quienes son elegibles. Un tipo de ayuda financiera es el Crédito tributario de prima adelantado (APTC, por sus siglas en inglés). APTC es un crédito tributario federal pagado directamente a su compañía de seguros de salud para reducir el pago mensual de la prima de su plan de salud. La cantidad de APTC que recibe depende de sus ingresos, el tamaño de su hogar y de dónde vive. Otro tipo de ayuda financiera son las reducciones por costos compartidos (CSR, por sus siglas en inglés). Si usted es elegible para los planes Silver CSR, usted puede obtener ahorros adicionales cuando utilice los servicios. CSR reduce la cantidad que paga por copagos, coseguro y deducibles.

P: ¿Soy elegible para recibir ayuda financiera el próximo año?

R: Para saber si usted es elegible para recibir ayuda financiera el próximo año, siga los pasos que se indican en la primera página de esta carta. Incluso si sus ingresos y el tamaño de su hogar siguen siendo los mismos, su elegibilidad para recibir ayuda financiera podría cambiar. Si usted no solicitó ayuda financiera antes pero quiere hacerlo ahora, actualice su solicitud.

P: ¿Cómo afecta a mis impuestos recibir el Crédito tributario de prima adelantado (APTC, por sus siglas en inglés) durante el año?

R: Usted debe reportar su APTC al Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) cuando presente su declaración de impuestos usando el Formulario 8962 del IRS. Ellos revisarán su ingreso final, el tamaño de su hogar, y su código postal para decidir si usted recibió la cantidad correcta de APTC durante el año. Si su información es incorrecta en la solicitud de Covered California, usted podría recibir demasiado APTC y tendrá que devolver todo o una parte cuando declare sus impuestos. Si usted es elegible para más de lo que recibió durante el año, es



posible que reciba el resto como un reembolso de impuestos. Las parejas casadas deben presentar una declaración de impuestos conjunta para ser elegibles para recibir ayuda financiera.

P: Un miembro de mi hogar necesita cobertura el próximo año. ¿Qué debe hacer?

R: Inicie una sesión en su cuenta en CoveredCA.com y actualice su solicitud. La inscripción abierta comienza el {OE_START_DATE} y termina el {OE_END_DATE}. Si quiere que su cobertura comience el 1 de enero, usted deberá solicitar antes {END_OF_OE_OR_12_31}.

Template



Template



Template

