

# Manual de políticas de HealthSource RI 2017 - 2018

## TABLA DE CONTENIDOS

**Capítulo 1:** [Introducción](#): proporciona una descripción general del Manual de políticas de HealthSource RI

**Capítulo 2:** [Elegibilidad para planes de salud autorizados](#): establece los criterios de elegibilidad que los individuos deben cumplir para calificar para comprar cobertura de seguro privado (“Planes de salud autorizados” o “QHP”) a través de HealthSource RI.

**Capítulo 3:** [Inscripción abierta, inscripción especial y fechas de inscripción efectivas](#): explica cuándo los individuos pueden solicitar e inscribirse en planes de salud autorizados a través de HealthSource RI.

**Capítulo 4:** [Elegibilidad para crédito fiscal para primas y reducciones de costos compartidos](#): establece los requisitos de elegibilidad que los individuos deben cumplir para recibir un crédito fiscal para primas y reducciones de costos compartidos para ayudar a comprar y utilizar un plan de salud autorizado a través de HealthSource RI.

**Capítulo 5:** [Conciliación de crédito fiscal anticipado para primas](#): explica el proceso de conciliación que tendrá lugar en el momento de la presentación de impuestos federales para los individuos que eligen tomar sus créditos fiscales para primas “por adelantado” en función de sus ingresos anuales estimados.

**Capítulo 6:** [Elegibilidad de Medicaid de MAGI](#): revisa los criterios de elegibilidad que los individuos deben cumplir para obtener cobertura de Medicaid según el ingreso bruto ajustado modificado.

**Capítulo 7:** [Verificación de elegibilidad para programas de asequibilidad de seguros médicos](#): explica las reglas y los procedimientos que HealthSource RI utilizará para verificar la información que los individuos proporcionan para completar una solicitud de compra de seguro médico a través de HealthSource RI.

**Capítulo 8:** [Actualizaciones y renovaciones de elegibilidad a mitad de año](#): Establece las reglas para los cambios de elegibilidad a mitad de año (“informe de cambio”) y la renovación de la cobertura y la elegibilidad para los programas de asequibilidad de seguros médicos.

**Capítulo 9:** [Elegibilidad individual y apelaciones](#): explica las reglas que rigen el modo en que los individuos y los empleados de pequeñas empresas pueden apelar ciertas determinaciones de elegibilidad hechas por HealthSource RI

**Capítulo 10:** [Pagos y exenciones de responsabilidad compartida](#): explica el requisito federal para tener una cobertura esencial mínima, el pago de la responsabilidad y los criterios que se deben cumplir para ser elegibles para una exención de cualquiera de los requisitos.

**Capítulo 11:** [Elegibilidad de HealthSource RI SHOP](#): expone las opciones para que las pequeñas empresas y sus empleados participen en el componente SHOP de HealthSource RI.

**Capítulo 12:** [Terminación y cancelación de la inscripción de QHP](#): explica las circunstancias bajo las cuales HealthSource RI puede rescindir la inscripción de los individuos, o cómo los individuos voluntariamente pueden cancelar la inscripción de su plan de salud autorizado (QHP).

**Capítulo 13:** [Creación y mantenimiento de cuentas de HealthSource RI](#): explica cómo los individuos pueden crear y mantener una cuenta de HealthSource RI, proporciona una descripción general de la solicitud y del proceso de inscripción, describe cómo HealthSource RI proporciona avisos de elegibilidad y de inscripción a los titulares de cuentas y proporciona un resumen de los derechos y las responsabilidades del solicitante.

## Capítulo 1: Introducción

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA) se promulgó el 23 de marzo del 2010. La ACA realiza los siguientes cambios importantes en la forma en que los individuos, las familias y las empresas obtienen cobertura de salud:

- Brindar fondos a los estados para establecer intercambios de beneficios de salud basados en el estado para facilitar a los hogares la compra de cobertura de seguro médico asequible a través de un intercambio.
- Crear nuevos créditos fiscales federales anticipados para primas (APTC) con el fin de ayudar a las familias de bajos y moderados ingresos a comprar cobertura.
- Crear nuevas reducciones federales de costos compartidos (CSR) para individuos y familias que compran a través de un intercambio para reducir los costos de desembolso de los hogares por debajo del 250 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL) al usar sus planes de seguro de salud.
- Expandir Medicaid para adultos sin hijos hasta un 133 % de FPL<sup>1</sup> y hacer otros cambios a Medicaid y Rite Care.
- Crear nuevas formas para que los consumidores compren cobertura de seguro de salud.
- Hacer reformas importantes en el mercado de seguros privados para que, por ejemplo, no se les pueda negar cobertura a las personas solo porque tienen una condición preexistente.
- Exigir que los hogares tengan cobertura de salud o hacer un pago de responsabilidad compartida, u obtener una exención del pago de responsabilidad compartida si es elegible.

En junio del 2015, la Asamblea General de Rhode Island presentó, y la gobernadora Gina Raimondo aprobó, un presupuesto operativo que contenía una disposición que establecía a HealthSource RI como una división del Departamento de Administración del Estado de Rhode Island (DOA). El estatuto orgánico de HealthSource RI está codificado en las Leyes Generales de Rhode Island, capítulo 42-157, Intercambio de Beneficios de Salud de Rhode Island. Las operaciones de HealthSource RI contarán con el respaldo de una combinación de asignaciones presupuestarias y una evaluación de los operadores, y se pueden complementar con una asignación general de ingresos.

En septiembre del 2011, el gobernador Lincoln Chaffee codificó algunos de los principales componentes de la ley ACA en Rhode Island a través de una orden ejecutiva que establecía a HealthSource RI como el primer intercambio de seguro de salud del estado. HealthSource RI les permite a los hogares solicitar y comprar un seguro médico, solicitar créditos fiscales anticipados para primas (APTC) para reducir los costos del seguro, solicitar una exención del pago de responsabilidad compartida o solicitar la cobertura de Medicaid de MAGI. Las pequeñas empresas pueden comprar cobertura para sus empleados a través del Programa de Opciones de Seguro de salud para Pequeñas Empresas de HealthSource RI o SHOP.

Desde que se estableció HealthSource RI, Rhode Island ha desarrollado un enfoque integrado para la reforma de

---

<sup>1</sup> El nivel de elegibilidad efectivo es de 138 % del FPL.

salud bajo la ACA y ha incorporado a HealthSource RI con el programa estatal de Medicaid. En los meses y años siguientes, otros programas de servicios humanos operados a través de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) también se integrarán en este nuevo enfoque de la atención médica. Este trabajo se está realizando para servir a una amplia base de clientes, incluidos individuos y familias elegibles para Medicaid, hogares elegibles para subsidios, residentes de Rhode Island que adquieren cobertura sin subsidios, pequeños empleadores y sus empleados, y empleados de grandes empleadores.

HealthSource RI respalda los esfuerzos de reforma de la salud destinados a promover el bienestar de los habitantes de Rhode Island y a proporcionar un mejor acceso a una atención coordinada de alta calidad a un costo razonable y predecible. La misión de HealthSource RI es servir como un recurso sólido para Rhode Island y sus habitantes con el fin de conocer y comparar fácilmente la calidad de la asequibilidad de sus opciones de seguro médico, la inscripción en la cobertura y, si se es elegible, el acceso a créditos fiscales federales para la cobertura.

La implementación de la ACA en Rhode Island y el establecimiento de HealthSource RI han creado la necesidad de nuevas políticas y procedimientos a nivel estatal. Dichas reglas y procedimientos se han promulgado de conformidad con la autoridad establecida en RIGL sección 23-1-1 y la orden ejecutiva 11-09, de conformidad con RIGL. sección 42-62-16 y ss.

El objetivo de este documento es proporcionar un recurso público para aclarar las políticas operativas de HealthSource RI, que incluyen, entre otras:

- Determinar la elegibilidad para planes de salud autorizados (QHP).
- Determinar la elegibilidad para APTC y CSR.
- Pautas para inscribirse en y renunciar a la cobertura.
- Los plazos de inscripción y pago de la cobertura de salud.
- Las reglas relativas a las exenciones del pago de responsabilidad compartida.

## Capítulo 2: Elegibilidad para planes de salud autorizados

### A. Descripción general de los planes de salud autorizados

Los individuos se pueden inscribir en un plan de seguro médico a través de HealthSource RI. Todos los planes de seguro médico que se ofrecen a través de HealthSource RI están certificados, brindan un conjunto completo de beneficios de salud, siguen los límites establecidos de costos compartidos y cumplen con otros requisitos establecidos por las leyes estatales y federales. Los planes de seguro médico que se ofrecen a través de HealthSource RI se conocen como planes de salud autorizados (QHP). Para obtener la certificación, los QHP deben incluir un conjunto de servicios integrales de atención médica denominados Beneficios de salud esenciales (EHB) en 10 categorías:

- Servicios ambulatorios para pacientes.
- Servicios de emergencia.
- Hospitalización.
- Cuidado de maternidad y de recién nacido.
- Servicios de salud mental y de trastorno de uso de sustancias, incluido el tratamiento de salud conductual.
- Medicamentos de venta con receta.
- Servicios y dispositivos de habilitación y rehabilitación.
- Servicios de laboratorio.
- Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas.
- Servicios pediátricos, que incluyen cuidado bucal y visual.

La cobertura del QHP puede incluir beneficios además de los beneficios de salud esenciales anteriores. Los individuos también pueden comprar solo cobertura dental. La cobertura a través de un QHP está disponible para todos los individuos que cumplan con los estándares de elegibilidad, independientemente de su estado de salud y de cualquier condición médica preexistente.

Todos los individuos que cumplan con los estándares de elegibilidad del QHP que se describen a continuación son elegibles para la cobertura, independientemente de sus ingresos. Sin embargo, los solicitantes que anticipen tener un ingreso familiar anual del 100 % al 400 % del nivel federal de pobreza (FPL) pueden ser elegibles para recibir ayuda financiera del gobierno federal si carecen de otras opciones de cobertura asequibles. Los solicitantes que anticipen tener un ingreso familiar anual del 100 % al 250 % del FPL también pueden ser elegibles para reducciones de costos compartidos que reducen los costos de desembolso que los solicitantes pagan por la cobertura de salud, como deducibles, copagos y coseguros por servicios cubiertos. Los solicitantes que proyectan un ingreso anual del hogar superior al 400 % del FPL no son elegibles para asistencia financiera, pero aún pueden comprar un plan QHP a precio completo. Para obtener más información sobre asistencia financiera para ayudar a comprar un QHP, consulte el capítulo 4.

### B. Elegibilidad para un plan de salud autorizado

#### 1) Descripción general de la elegibilidad para un QHP

Los individuos son elegibles para inscribirse en un QHP si cumplen con lo siguiente:

- Ser residente de Rhode Island.<sup>2</sup>
- Ser ciudadano de los EE. UU., estadounidense o estar legalmente presente<sup>3</sup>.
- No estar en prisión.<sup>4</sup>

## 2) Residencia

### a) Descripción general de los requisitos de residencia

Solo los residentes de Rhode Island y sus familiares pueden inscribirse en un QHP a través de HealthSource RI.<sup>5</sup> Existen ciertos requisitos que los individuos deben cumplir para que se las considere residentes de Rhode Island. Estos requisitos varían ligeramente para los niños (de 0 a 20 años) en comparación con los adultos (de 21 años en adelante).

#### i) Adultos de 21 años en adelante

Los individuos de 21 años o más que no vivan en una institución,<sup>6</sup> que sean capaces de indicar intención y que no reciban un pago suplementario estatal opcional,<sup>7</sup> pueden inscribirse en un QHP a través de HealthSource RI si cumplen con lo siguiente:

- Actualmente vive en Rhode Island.
- Tiene la intención de residir en Rhode Island, incluso si actualmente no tiene una dirección fija.
- Ingresó a Rhode Island con un compromiso de trabajo o en busca de empleo (estén o no empleados actualmente).<sup>8</sup>

Para los individuos que vivan en una institución, que no sean capaces de indicar intención o que reciban un pago suplementario estatal opcional, se aplican las reglas de residencia de Medicaid.<sup>9</sup>

**Ejemplo:** una joven que recientemente se graduó de la universidad vive con varios amigos en Providence mientras busca un trabajo. A pesar de que no tiene una dirección fija, actualmente se encuentra en el estado y busca empleo. Por lo tanto, califica como residente de Rhode Island y es elegible para comprar un QHP a través de HealthSource RI.

#### ii) Niños menores de 21 años

Los individuos menores de 21 años que no vivan en una institución,<sup>10</sup> que no sean elegibles para Medicaid con base en la recepción de asistencia bajo el título IV-E de la Ley de Seguridad Social,<sup>11</sup> que no estén emancipados y

<sup>2</sup> R23-1-1-ACA § 3.2(c)

<sup>3</sup> R23-1-1-ACA § 3.2(a)

<sup>4</sup> R23-1-1-ACA § 3.2(b)

<sup>5</sup> 45 CFR 155.305(a)(3)

<sup>6</sup> como se define en 42 CFR 435.403(b)

<sup>7</sup> como se hace referencia en 42 CFR 435.403(f)

<sup>8</sup> 45 CFR 155.305(a)(3)(i)

<sup>9</sup> 45 CFR 435.403

<sup>10</sup> como se define en 42 CFR 435.403(b)

<sup>11</sup> como se hace referencia en 42 CFR 435.403(g)

que no reciban un pago suplementario estatal opcional,<sup>12</sup> pueden inscribirse en un QHP a través de HealthSource RI si cumplen con lo siguiente:

- Reside en Rhode Island, incluso sin una dirección fija.
- Reside con un pariente o cuidador familiar que vive en Rhode Island.<sup>13</sup>

Para los individuos que vivan en una institución<sup>14</sup>, que no sean elegibles para Medicaid según la recepción de asistencia bajo el Título IV-E de la Ley de Seguridad Social, que no estén emancipados y que no reciban un pago suplementario estatal opcional, se aplican las reglas de residencia de Medicaid.<sup>15</sup>

#### **b) Reglas para hogares tributarios con miembros en áreas de intercambio múltiple**

En general, si un contribuyente es un residente de Rhode Island, todos los miembros de su hogar tributario pueden inscribirse en un QHP a través de HealthSource RI. En ciertas situaciones, los individuos que son parte del mismo hogar tributario pueden vivir en diferentes estados.

En el caso de que todos los miembros de un hogar tributario no se encuentren dentro del mismo estado, cualquier miembro del hogar se puede inscribir en un QHP a través de un Intercambio en cualquiera de los estados para los que uno de los contribuyentes cumpla con la norma de residencia.<sup>16</sup> Sin embargo, si los cónyuges en un hogar tributario se inscriben en un QHP a través del mismo Intercambio, sus dependientes tributarios **solo** pueden inscribirse en un QHP a través del mismo Intercambio o a través del Intercambio que brinda servicios al área en la que reside el dependiente tributario.

**Ejemplo:** considere una pareja casada con una hija que va a la universidad en Nueva York. El esposo vive en Rhode Island y la esposa en Washington, D.C. La pareja casada se inscribe en un QHP a través de HealthSource RI. Su hija tiene dos opciones: 1) Puede inscribirse en un QHP a través de HealthSource RI; o 2) Puede inscribirse en un QHP a través del Intercambio de Nueva York. Sin embargo, no puede inscribirse en el Intercambio de D.C. a pesar de que su madre es residente de D.C.

#### **c) Tratamiento de las ausencias temporales**

Para los individuos que cumplan los requisitos de residencia para ser elegibles para comprar un plan a través de HealthSource RI, una ausencia temporal de Rhode Island no afecta su elegibilidad siempre que tengan la intención de regresar a Rhode Island cuando se haya cumplido el propósito de la ausencia.<sup>17</sup>

Las instancias aceptables de ausencias temporales de Rhode Island incluyen lo siguiente:

- Vacaciones.
- Empleo o búsqueda de trabajo.
- Desastre natural o evento catastrófico.

<sup>12</sup> como se hace referencia en 42 CFR 435.403(f)

<sup>13</sup> 45 CFR 155.305(a)(3)(ii)

<sup>14</sup> 42 CFR 435.403(b)

<sup>15</sup> 45 CFR 435.403

<sup>16</sup> 45 CFR 155.305(a)(3)(iv)

<sup>17</sup> 45 CFR 155.305(a)(3)(iii); 42 CFR 435.403(j)(3)

- Emergencia personal o familiar.
- Visitas con padres sin custodia.
- Visitas con hijos bajo la custodia de otro padre.
- Servicio militar.
- Hospitalización.

**Ejemplo:** Una persona con jubilación anticipada (menor de 65 años) vive en Rhode Island pero pasa sus inviernos en Florida. Puede inscribirse en un QHP que se ofrece a través del HealthSource RI a pesar de que estará temporalmente fuera del estado durante el año.

### **3) Ciudadanía y condición de inmigración**

Para ser elegible para un QHP, un individuo debe ser un ciudadano de los EE. UU., ciudadano derivado, estadounidense o estar presente legalmente. Cualquier inmigrante legalmente presente que no haya violado los términos asociados con su estado migratorio y que planea presentar impuestos es elegible para comprar cobertura a través de HealthSource RI y para ser evaluado para determinar su elegibilidad para los créditos fiscales anticipados para primas.<sup>18</sup>

#### **a) Ciudadano de los Estados Unidos, ciudadano derivado y estadounidense**

Un ciudadano de los Estados Unidos es una persona que tiene ciudadanía estadounidense, ya sea por nacimiento o por naturalización.<sup>19</sup> La información de ciudadanía de EE. UU. se verifica de forma electrónica con la Administración de Seguridad Social.

Un ciudadano derivado es una persona que obtiene la ciudadanía a través de un padre. Por ejemplo, un hijo nacido fuera de los EE. UU. que es hijo de un ciudadano de los EE. UU. es un ciudadano derivado.

Un pequeño número de personas son nacionales de los EE. UU. pero no son ciudadanos de EE. UU.<sup>20</sup> Las personas que son nacionales de los Estados Unidos tienen certificados de naturalización.

#### **b) Legalmente presente**

Una persona está legalmente presente, según lo define la Ley de Asistencia Asequible, si es un inmigrante “calificado” o no es ciudadano pero tiene permiso para vivir o trabajar en los EE. UU.<sup>21</sup> Las personas que están legalmente presentes incluyen a, pero no se limitan a lo siguiente:

- Residente permanente legal (poseedor de LPR o tarjeta verde).
- Asilados.
- Refugiados.

<sup>18</sup> 45 CFR 155.305(a)(1)

<sup>19</sup> 8 U.S.C. 1401

<sup>20</sup> 8 USC 1452(b)(2)

<sup>21</sup> Para obtener un listado más completo de los términos y conceptos a los que se hace referencia en este capítulo, incluidos los requisitos legales de quién califica como “presente legalmente” y la definición de “inmigrantes calificados”, consulte 45 CFR 152.2 y 8 USC 1641.

- Inmigrante cubano o haitiano.
- Admitidos en EE. UU.
- Inmigración condicional otorgada antes de 1980.
- Cónyuge, hijo y padre maltratados.
- Víctima de trata y su cónyuge, hijo, hermano o padre.
- Retención concedida de la deportación o la retención de expulsión, en virtud de las leyes de inmigración o en virtud de la Convención Contra la Tortura (CAT).
- Persona con estado de no inmigrante (incluye visas para trabajadores, visas de estudiantes y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshall y Palau).
- Estado de protección temporal (TPS).
- Salida forzada diferida (DED).
- Estado de acción diferida (acción diferida para llegadas en la infancia [DACA] no es un estado de inmigración elegible para solicitar un seguro médico).
- Residente temporal legal.
- Remoción de la orden administrativa de suspensión emitida por el Departamento de Seguridad Nacional.
- Miembro de una tribu india reconocida a nivel federal o nativo americano nacido en Canadá.
- Residente de Samoa Americana.<sup>22</sup>

Hay una cantidad de documentos que sirven como prueba aceptable de la presencia legal de una persona. Una lista incompleta de estos documentos se incluye en la tabla 1 a continuación.<sup>23</sup>

**Tabla 1. Documentos de ejemplo que sirven como prueba de que un persona está presente legalmente**

Documentos
Tarjeta de residente permanente (tarjeta verde, I-551)
Sello temporal I-551 (en el pasaporte o formularios I-94/I-94A)
Visa de inmigrante legible por máquina (con idioma temporal I-551).
Tarjeta de permiso de trabajo (EAD, I-766)
Registro de entrada y salida (I-94, I-94A)
Registro de entrada/salida en pasaporte extranjero (I-94)
Pasaporte extranjero
Permiso de reingreso (I-327)
Documento de viaje para refugiados (I-571)
Certificado de elegibilidad para condición de estudiante (I-20) no inmigrante (F-1)
Certificado de elegibilidad para condición de visitante de intercambio (J-1) (DS2019)
Aviso de acción (I-797)
Otros documentos o tipos de condición

#### 4) Encarcelamiento

<sup>22</sup> Visite <https://www.healthcare.gov/immigrants/lawfully-present-immigrants/>.

<sup>23</sup> Visite <https://www.healthcare.gov/help/immigration-document-types/> para obtener un listado completo de los documentos que pueden usarse para demostrar la condición de inmigración.

Para inscribirse en un QHP, las personas no pueden estar encarceladas, a excepción del encarcelamiento pendiente de la disposición de los cargos.<sup>24</sup>

Las personas sujetas a confinamiento en el hogar pueden ser elegibles para inscribirse en un QHP en el Intercambio si no pueden acceder a los servicios de salud a través de una institución correccional.

**C. No discriminación**

Los operadores no pueden, con respecto a ningún QHP, discriminar por motivos de raza, color, religión, origen nacional, discapacidad, identidad de género, sexo, orientación sexual o edad.<sup>25</sup> Los operadores no pueden, con respecto a ningún QHP, discriminar en función de la fuente de ingresos, el estado civil, la afiliación política, la apariencia personal o el estado de salud. No se impide que los operadores varíen las cotizaciones de primas según la edad del solicitante de acuerdo con las leyes federales y estatales, o administre la utilización médica de los inscritos en la medida en que las normas de atención clínicamente apropiadas puedan exigir un tratamiento diferente de las personas basado en ciertas características permisibles.

Los operadores no pueden tratar a las personas inscritas en sus QHP de forma diferente a las personas inscritas en el mismo o similar plan de beneficios de salud que ofrecen en el mercado fuera de HealthSource RI, con la excepción de que esté permitido específicamente por las leyes y regulaciones vigentes.

---

<sup>24</sup> 45 CFR 155.305(a)(2)

<sup>25</sup> 45 CFR 156.200(e)

## **Capítulo 3: Períodos de inscripción abierta, períodos de inscripción especial y fechas de vigencia de inscripción**

### **Introducción**

Este capítulo detallará el período anual de inscripción abierta, los períodos de inscripción especial y las fechas vigentes de inscripción para los mercados individuales y de SHOP de HealthSource RI. La Parte I del capítulo comienza detallando las reglas que se aplican al mercado individual, mientras que la Parte II describe las reglas que se aplican al mercado de SHOP.<sup>26</sup>

### **Parte I: Descripción general de la inscripción en el mercado individual**

HealthSource RI brinda un período específico de tiempo cada año durante el cual las personas calificadas y sus dependientes pueden inscribirse en un QHP. Esto se denomina un “período anual de inscripción abierta”. Las personas se deben inscribir y hacer un pago puntual de la prima del primer mes durante la inscripción abierta anual para estar cubiertos para el próximo año de cobertura.

Para una persona que se inscribe en un plan y paga la prima del primer mes antes del 23 de diciembre, la cobertura entra en vigencia a partir del 1 de enero del próximo año de cobertura.

También hay períodos de inscripción especiales que permiten a las personas y sus dependientes seleccionar un plan fuera del período de inscripción abierta anual. Para ser elegible para lo que se conoce como un “período de inscripción especial”, las personas deben haber experimentado un evento de vida calificado que se describe en la sección C de este capítulo.

#### **A. Período de inscripción abierta anual**

##### **1) Descripción general del período de inscripción abierta anual**

Durante el período anual de inscripción abierta, cualquier persona elegible puede inscribirse en un QHP para el próximo año de cobertura. Los miembros del mismo hogar<sup>27</sup> que son elegibles para un QHP pueden seleccionar e inscribirse en la misma cobertura.

HealthSource RI proporciona una notificación de inscripción abierta anual por escrito a cada miembro inscrito actual no antes del primer día del mes antes de que comience el período de inscripción abierta y antes del primer día del período de inscripción abierta.<sup>28</sup> Los períodos anuales de inscripción abierta duran un mínimo de treinta (30) días.<sup>29</sup> Las fechas de “inicio” y “fin” para cada período anual de inscripción abierta se establecen cada año a través de una regulación federal.<sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Consulte el capítulo 11 para obtener información relacionada con los períodos de inscripción a SHOP.

<sup>27</sup> según se define grupo familiar a los fines de APTC en el capítulo 4.

<sup>28</sup> 45 CFR 155.410(d)

<sup>29</sup> R23-1-1-ACA S. 4.4(b)

<sup>30</sup> El período inicial de inscripción abierta anual comenzó el 1 de octubre del 2013 y se extendió hasta el 31 de marzo del 2014. El período de inscripción abierta anual para el año de cobertura 2015 comenzó el 15 de noviembre del 2014 y se extendió hasta el 15 de febrero del 2015. El período de inscripción abierta anual para el año de cobertura 2016 comienza el 1 de noviembre del 2015 y se extiende hasta el 31 de enero del 2016.

## **B. Fechas de vigencia para la cobertura adquirida durante la inscripción abierta anual**

Las personas calificadas deben seleccionar un QHP, y HealthSource RI debe recibir la prima del primer mes en su totalidad en la fecha requerida, a fin de que la cobertura sea efectiva.<sup>31</sup> HealthSource RI establece un plazo cada año en relación con el período de inscripción abierta anual por el cual se debe recibir la prima del primer mes de una persona calificada para que la cobertura entre en vigencia a partir del primer día del próximo año de cobertura.<sup>32</sup>

Durante cada período de inscripción abierta anual, HealthSource RI notificará a los inscritos sobre la fecha límite de pago para que la cobertura comience el 1 de enero del próximo año de cobertura.

En términos generales, para los meses subsiguientes durante la inscripción abierta, los planes seleccionados y pagados para el 23.º día del mes tendrán una fecha de vigencia de la cobertura del primer día del mes siguiente. Los planes seleccionados y pagados después del 23.º día tendrán una fecha de inicio de cobertura del primer día del segundo mes siguiente a la selección del plan. Las fechas de selección del plan alternativo empleadas por HealthSource RI se comunicarán formalmente durante la inscripción abierta.

Los inscritos pueden establecer que la cobertura de QHP comience el primer día del mes. Los inscritos reciben opciones para seleccionar una fecha de inicio de cobertura, según el evento desencadenante para la inscripción y el momento de informar el evento. La cobertura debe comenzar el primer día del mes, excepto en el caso de ciertos eventos como se describe en la sección D de este capítulo, por ejemplo, el nacimiento. Los solicitantes pueden realizar cambios en la selección de su plan en cualquier momento durante la inscripción abierta anual, y dichos cambios serán efectuados por HealthSource RI de acuerdo con las fechas de vigencia de cobertura descritas en este capítulo.

***Los ejemplos a continuación suponen un período de inscripción abierta anual que abarca desde el 1 de octubre hasta el 28 de febrero. Los períodos anuales de inscripción abierta están sujetos a cambios cada año.***

**Ejemplo:** Considere una selección de inscripción realizada y el pago recibido el 20 de noviembre durante un período anual de inscripción abierta. La fecha de entrada en vigencia más temprana de la cobertura sería el 1 de enero del próximo año de cobertura, sin embargo, el cliente podría seleccionar una fecha de inicio de cobertura del 1 de febrero o el 1 de marzo, si así lo desea. El pago vence el 23.º día del mes antes de que comience la cobertura.

**Ejemplo:** considere a una persona que seleccionó un QHP el 3 de diciembre y desea establecer una fecha de vigencia de la cobertura para el 1 de febrero. Para esta fecha de inicio, el pago inicial de la persona vence el 23 de enero. Si el pago se recibe el 8 de febrero (después de la fecha de vencimiento del pago para la cobertura efectiva desde el 1 de febrero), el cliente debe actualizar su aplicación y seleccionar una nueva fecha de inicio de cobertura a partir de las opciones disponibles. El pago se aplicará al mes de inicio de la cobertura recientemente seleccionada.

## **C. Períodos especiales de inscripción**

Las personas y las familias pueden ser elegibles para inscribirse en un QHP a través de HealthSource RI fuera

---

<sup>31</sup> R23-1-1-ACA S. 4.5(a)

<sup>32</sup> R23-1-1-ACA S. 4.5(b)

de la inscripción abierta anual como resultado de un evento calificativo.<sup>33</sup> Hay nueve categorías de eventos calificativos aceptables, que incluyen lo siguiente:

- 1) *Pérdida de cobertura de salud.* La persona calificada o su dependiente:
  - a. Pierde la cobertura esencial mínima.
  - b. Pierde cobertura relacionada con el embarazo.
  - c. Pierde cobertura que necesita medicamento.

En cada una de las circunstancias descritas anteriormente, la persona o su dependiente tiene 60 días después de la pérdida de cobertura para seleccionar un QHP.<sup>34</sup> La pérdida de cobertura no incluye la terminación voluntaria, la rescisión o la falta de pago de las primas de manera oportuna (incluidas las primas de COBRA antes de agotar la cobertura de COBRA).

- 2) *Adición de un miembro del hogar o dependiente.* La persona calificada adquiere un dependiente o se convierte en dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en cuidado de acogida o como resultado de una orden de manutención de menores u otra orden judicial.
- 3) *Pérdida de un miembro del hogar o dependiente.* La persona calificada pierde un dependiente cuando se divorcia o el contacto de la cuenta principal fallece. El hogar restante califica para un SEP como resultado. Se requieren documentos de notas para la verificación de la muerte si la persona que fallece es el contacto principal de la cuenta. El tema se trata más en el capítulo de verificaciones.
- 4) *Cambio en el estado legal.* La persona calificada, o su dependiente, obtiene el estado de ciudadano, nacional o persona legalmente presente.
- 5) *Error de inscripción por determinación de HealthSource RI.* La inscripción de la persona calificada (o su dependiente) o la no inscripción en un QHP es involuntaria, inadvertida o errónea y es el resultado del error, la tergiversación, la mala conducta o la inacción de un funcionario, empleado o agente de HealthSource RI, sus instrumentalidades o una entidad que no sea de Intercambio que proporcione asistencia de inscripción o realice actividades de inscripción.<sup>35</sup>
- 6) *Violación sustancial.* El inscrito, o su dependiente, demuestran adecuadamente a HealthSource RI que el QHP en el que está inscrito viola sustancialmente una disposición material de su contrato con el inscrito.
- 7) *Cambio en la elegibilidad del programa de asequibilidad de seguro médico.* La persona o dependiente inscrito en un QHP o en un plan elegible patrocinado por el empleador pasa a ser elegible o no elegible para los créditos fiscales anticipados para primas (APTC), o experimenta un cambio en la elegibilidad para las reducciones de costos compartidos.<sup>36</sup>
- 8) *Traslado permanente.* La persona calificada o inscrita, o su dependiente, obtiene acceso a nuevos QHP después de un traslado permanente.
- 9) *Estado de nativo americano.* La persona calificada es india, tal como se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica de Indios (IHCIA) y puede inscribirse en un QHP o cambiar de un QHP a otro una vez al mes.

---

<sup>33</sup> 45 CFR 155.420(d)

<sup>34</sup> 45 CFR 155.420(c). Un período de inscripción especial en esta categoría no puede comenzar antes de la fecha del evento calificante. La cobertura tendrá fecha retroactiva hacia el primero del mes siguiente a la pérdida de cobertura.

<sup>35</sup> En esos casos, HealthSource RI puede tomar medidas para corregir o limitar los efectos del error, la mala interpretación o la inacción.

<sup>36</sup> En este escenario, el individuo o dependiente tiene 60 días después de la pérdida de elegibilidad de cobertura ESI para seleccionar un QHP retroactivo al primero del mes después del mes en el que finalizó la cobertura según un plan elegible patrocinado por un empleador.

- 10) *Circunstancias excepcionales.* La persona o el inscrito calificado, o su dependiente, demuestra a HealthSource RI, de acuerdo con las pautas emitidas por HHS, que la persona cumple con otras circunstancias excepcionales que HealthSource RI puede brindar.
- 11) *Pérdida de cobertura dental.* El Intercambio se reserva la discreción de establecer una inscripción en el plan dental solo por la pérdida de acceso a la cobertura dental por parte de un miembro de la unidad familiar. La lógica de las reglas de pérdida de cobertura dental sigue siendo la misma que la del seguro médico, como se describió anteriormente, y no incluye la terminación voluntaria, las rescisiones o la falta de pago de las primas de manera oportuna. La pérdida de cobertura dental permitiría al hogar elegible comprar o agregar **solo cobertura dental** y no se consideraría una oportunidad para cambiar la inscripción del seguro médico, a menos que cumpla con otros criterios de elegibilidad descritos en otra parte. Los clientes deben llamar al centro de atención para solicitar cobertura dental solo para utilizar este evento desencadenante.

*Para que una persona sea elegible para la cobertura durante un período de inscripción especial, HealthSource RI debe recibir la prima completa del primer mes el último día del período de inscripción especial o antes.*

**Ejemplo:** una mujer pierde su trabajo y su seguro médico el 15 de abril. Se le otorgará un período de inscripción especial de 60 días para buscar cobertura en un QHP. El período de inscripción especial finalizará el 15 de junio y debe seleccionar e inscribirse en un plan antes de esta fecha. El pago se debe realizar en su totalidad en función de las reglas de pago (descritas en otra parte).

**Ejemplo:** un residente de Rhode Island estuvo de manera temporal en el país como turista, pero obtuvo el estado de refugiado oficial el 18 de junio. Tendría derecho a un período de inscripción especial de 60 días para buscar cobertura en un QHP a partir del 18 de junio.

**Ejemplo:** un nativo americano, como se define en la sección 4 de la Ley de Mejora de la Atención Médica de Indios, desea inscribirse en un nuevo QHP. Este sería elegible para inscribirse en un nuevo QHP o cambiar su QHP una vez por mes.

**Ejemplo:** un cliente actual cambia de trabajo y se convierte en el nuevo candidato elegible para los APTC basado en sus nuevos ingresos. Si se realizó una nueva determinación de elegibilidad el 12 de agosto, tendría 60 días a partir del 12 de agosto para inscribirse y realizar el pago de un nuevo QHP.

**Ejemplo:** un inscrito tiene una determinación de elegibilidad pendiente debido a la falta de la documentación requerida, pero mientras espera la recepción de estos documentos para poder enviarlos a HealthSource RI, se cierra el período inicial o anual de inscripción abierta. Se le puede otorgar un período de inscripción especial basado en circunstancias excepcionales determinadas por HealthSource RI.

#### **D. Fechas de vigencia de inscripción especial**

##### **1) Fechas de vigencia regulares para períodos de inscripción especial**

Para algunas categorías de eventos de inscripción especial discutidos anteriormente, se aplican las fechas de vigencia de la cobertura *prospectiva* (futura). Esto significa que si un inscrito elegible escoge un plan dentro del período de inscripción especial y paga antes de la fecha límite de pago de inscripción especial correspondiente, la cobertura entrará en vigencia el primer día del mes siguiente. Estas categorías incluyen lo siguiente:

- a) *Obtener acceso a un QHP debido a un traslado permanente:*<sup>37</sup> si una persona obtiene acceso a un nuevo QHP como resultado de una mudanza, la fecha de vigencia de la cobertura es el primer día del mes siguiente a la mudanza.
- b) *Después de la muerte:*<sup>38</sup> HealthSource RI debe garantizar la cobertura para los miembros sobrevivientes de la familia el primer día del mes posterior a la selección del plan (HealthSource RI también puede permitir que dichos inscritos o sus dependientes seleccionen una fecha de vigencia de inscripción estándar).

**Ejemplo:** un hombre se muda a RI y selecciona un plan el 8 de agosto, durante su período especial de inscripción. Él paga antes del 23.º día de agosto, por lo que su fecha de inicio de cobertura más temprana es el 1 de septiembre. Si no realiza el pago del primer mes hasta el 15 de septiembre (después de la fecha límite del 23 de agosto), su fecha de inicio de cobertura más temprana sería el 1 de octubre.

## 2) Cobertura especial efectiva para fechas de entrada en vigor especiales

Para ciertos eventos que califiquen, la fecha de vigencia de la cobertura se puede desviar de la norma general. La siguiente es una lista de eventos calificadores que dan derecho a las personas a períodos de inscripción especiales con fechas de cobertura efectivas únicas:

- a) *Pérdida de la cobertura esencial mínima:*<sup>39</sup> para las personas que pierden la cobertura esencial mínima, incluida la inelegibilidad para un seguro patrocinado por el empleador, la fecha de entrada en vigencia es el primer día del mes posterior a la pérdida de la cobertura.
- b) *Nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidado de crianza, orden de manutención de menores u orden judicial:*<sup>40</sup> la cobertura generalmente entra en vigencia en la fecha del nacimiento, la adopción o la colocación para adopción o cuidado de crianza. Sin embargo, HealthSource RI también puede permitir que las personas elegibles comiencen la cobertura el primer día del mes siguiente al evento calificador.
- c) *Matrimonio:*<sup>41</sup> HealthSource RI debe garantizar una fecha de vigencia de cobertura para el inscrito el primer día del mes posterior al matrimonio.
- d) *Otras fechas de vigencia especiales:*<sup>42</sup> en las siguientes situaciones, las fechas de vigencia de la cobertura están determinadas por HealthSource RI en función de las circunstancias apropiadas del escenario, pero los períodos de inscripción especial nunca pueden exceder los 60 días:<sup>43</sup>
  - i. La inscripción de la persona o dependiente elegible (o no inscripción) en un QHP es involuntaria, inadvertida o errónea y es el resultado de un error, tergiversación, mala conducta o inacción de un funcionario, empleado o agente de HealthSource RI, sus instrumentalidades, o una entidad que no es de Intercambio que proporciona asistencia de inscripción o realiza actividades de inscripción.

<sup>37</sup> La política de HealthSource RI se desvía de 45 CFR 155.420(d)(7), ya que, según esta, la fecha de inicio de la cobertura es el primero del mes siguiente a la selección del plan.

<sup>38</sup> 45 CFR 155.420(b)(2)(vi)

<sup>39</sup> La política de HealthSource RI se desvía de 45 CFR 155.420(b)(2)(iv), ya que, según esta, la fecha de inicio de la cobertura es el primero del mes siguiente a la selección del plan.

<sup>40</sup> 45 CFR 155.420(b)(2)(i)

<sup>41</sup> La política de HealthSource RI se desvía de 45 CFR 155.420(b)(2), ya que, según esta, la fecha de inicio de la cobertura es el primero del mes siguiente a la selección del plan.

<sup>42</sup> 45 CFR 155.420(b)(2)(iii)

<sup>43</sup> 45 CFR 155.420(c)(3)

- ii. El inscrito o dependiente demuestra adecuadamente a HealthSource RI que el QHP al que se inscribe la persona viola sustancialmente una disposición material de su contrato con el inscrito.
- iii. La persona elegible, inscrita o dependiente, demuestra a HealthSource RI, de acuerdo con las pautas emitidas por HHS, que la persona cumple con otras circunstancias excepcionales que HealthSource RI puede brindar.
- iv. HealthSource RI ha determinado que una persona calificada, inscrita o dependiente no se inscribió en la cobertura de QHP; no se inscribió en el QHP seleccionado por la persona o el inscrito calificados; o es elegible pero no recibe pagos por adelantado del crédito fiscal para primas o las reducciones de costos compartidos como resultado de la mala conducta por parte de una entidad que no es Intercambio que proporciona asistencia de inscripción o realiza actividades de inscripción.

**Ejemplo:** un niño nace el 24 de julio. Sus padres completan su inscripción y pagan su prima mensual el 18 de agosto. La fecha de vigencia de la cobertura del nuevo bebé sería el 24 de julio y cualquier APTC o CSR se aplicaría a partir del 1 de agosto. Los padres también pueden elegir tener el 1 de agosto o el 1 de septiembre como fecha de inicio de la cobertura del bebé, con cualquier APTC o CSR que entre en vigor ese día.

**Ejemplo:** un cliente de HealthSource RI se casa el 20 de noviembre. Ella agrega a su nuevo cónyuge a su plan el 20 de diciembre y paga la prima del primer mes el 22 de diciembre. La fecha de vigencia de la cobertura de su nuevo cónyuge podría ser el 1 de diciembre, debido a que el período especial de inscripción surgió debido a un matrimonio.

**Ejemplo:** un residente de Rhode Island pierde su seguro médico el 31 de octubre. Si selecciona un plan y paga la prima del mes actual (así como las primas de meses anteriores pendientes) durante el período de inscripción especial de 60 días, la fecha de vigencia de la cobertura puede ser el 1 de noviembre, el 1 de diciembre o el 1 de enero.

#### **E. Solicitud de cambio a la fecha de inicio de cobertura y a la efectividad de la cobertura**

Un cliente puede hacer una solicitud a HSRI para cambiar la fecha de inicio de cobertura de un inscrito para un seguro. Los clientes pueden hacer esta solicitud si creen que HSRI cometió un error al procesar su fecha de inicio de inscripción. Estas solicitudes se manejan caso por caso por el equipo de investigación de HSRI y todas las solicitudes para este tipo de cambios se deben realizar al llamar al centro de atención.

Cualquier solicitud para actualizar la fecha de inicio de la cobertura de salud, si se otorga, demorará hasta 30 días para que la compañía de seguro médico la refleje. **En este lapso de 30 días, se les puede requerir a los clientes que buscan servicios médicos que envíen reclamos de reembolso a su proveedor.** Una vez que la fecha de cobertura se haya actualizado con éxito en el proveedor, los clientes podrán presentar cualquier reclamo rechazado para reembolso. Una vez que se haya trasladado la fecha de inicio de la cobertura para atender solicitudes especiales, HSRI mantiene su criterio de no cumplir más las solicitudes futuras para mover la fecha de inicio de la cobertura más adelante en el futuro.

*La tabla a continuación proporciona un resumen de las fechas de vigencia para la inscripción, la inscripción especial y la aplicación de los APTC.*

**Tabla 1: Resumen de fechas de vigencia para la inscripción, la inscripción especial y las fechas de vigencia para los APTC**

Categoría	Detalles de fechas de vigencia de cobertura
Inscripción regular en QHP	<p>Un QHP recién seleccionado entra en vigencia el primer día del mes siguiente si se selecciona y el pago se recibe antes del 23.º día del mes, y el primer día del mes siguiente si se selecciona o paga después del día 23.º día del mes.</p> <p>Para los planes seleccionados en el período de inscripción abierta, generalmente en noviembre o diciembre, el pago se debe recibir antes de la fecha límite<sup>44</sup> anual de inscripción abierta para una fecha de vigencia del 1 de enero en el próximo año de cobertura.</p>
Fecha de inicio de vigencia de APTC	<p>La fecha de inicio de los APTC será el primer día del mes siguiente a la fecha de vigencia de la cobertura para los siguientes escenarios de inscripción especial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nacimiento.</li> <li>• Adopción.</li> <li>• Colocación para adopción.</li> <li>• Colocación en cuidado de acogida.</li> <li>• Orden de manutención infantil u orden judicial.</li> <li>• Matrimonio.</li> <li>• Pérdida de la cobertura esencial mínima.</li> </ul> <p>Si la fecha de inicio de cobertura para el nacimiento, la adopción o el matrimonio cae el primer día del mes, el APTC entrará en vigencia en esa fecha. Para todos los demás escenarios de inscripción especial, la fecha de entrada en vigencia de los APTC es el primer día de inscripción del QHP.</p>
Fecha de finalización efectiva de APTC	<p>Si la elegibilidad ha cambiado y los APTC se han discontinuado, la fecha de finalización efectiva para la interrupción de APTC será el primer día del mes siguiente a la fecha de la determinación de elegibilidad.</p>
Inscripción especial: nacimiento, adopción, cuidado de crianza, orden judicial	<p>Cuando se agrega un nuevo dependiente al hogar como resultado del nacimiento o la adopción, la colocación de adopción, la colocación en cuidado de acogida o como resultado de una orden de manutención infantil u orden judicial, a elección del inscrito, al nuevo miembro del hogar se lo puede inscribir en la cobertura con efecto retroactivo a la fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción, colocación en cuidado de acogida, o como resultado de una orden de manutención infantil u orden judicial, y el hogar tiene la opción de comprar un nuevo QHP o permanecer en su QHP actual.</p> <p>Si hay un cambio del APTC como resultado del nacimiento o la adopción, el monto del APTC no se aplica retroactivamente, sino que es efectivo el primer día del mes siguiente.</p>
Inscripción especial: matrimonio	<p>Cuando se agrega un nuevo miembro al hogar como resultado de un matrimonio con un miembro existente, el nuevo miembro del hogar se inscribe en cobertura a partir del primer día del mes siguiente al mes en que se produjo el matrimonio, y ambos cónyuges tienen la opción de comprar un nuevo QHP o de permanecer en el QHP actual.</p>
Inscripción especial: pérdida de la cobertura esencial mínima (MEC)	<p>Cuando un nuevo miembro informa una pérdida de MEC, el nuevo miembro del hogar se inscribe en la cobertura a partir del primer día del mes siguiente al mes en que ocurrió la pérdida de MEC.</p>
Inscripción especial: nativo americano	<p>La inscripción especial para los QHP siempre está abierta para los nativos americanos desde el primer día del mes hasta el último día del mes. Un nativo americano o nativo de Alaska puede inscribirse en un QHP o cambiar los QHP hasta una vez por mes.</p>

## F. Renovación automática

Una persona o una familia elegible inscrita en un QHP recibirá un aviso antes de la inscripción abierta que indique si se renovará de forma automática en el mismo plan o en uno similar durante el período de inscripción abierta anual posterior. Si el cliente se renovará de forma automática, el aviso del cliente incluirá el plan coincidente y el costo estimado para el hogar de cobertura según la solicitud del año anterior. Tras la renovación automática, la

<sup>44</sup> Nuevamente, el plazo de pago está sujeto a cambios todos los períodos de inscripción anual; consulte R23-1-1-ACA S. 4.5(b)

cobertura entrará en vigencia el 1.º de enero del próximo año. Se recomienda encarecidamente a los clientes revisar los planes durante el período de inscripción abierta anual e inscribirse en un plan que esté más en línea con sus necesidades de cobertura, ya que los precios del plan, los beneficios del plan y los montos elegibles de APTC pueden cambiar de un año al otro. Al revisar activamente los planes en HealthSource RI, los consumidores se asegurarán de elegir el plan que mejor se adapte a sus necesidades. Aunque un cliente puede renovarse de forma automática, aún debe realizar el pago completo en las fechas pertinentes para que la cobertura se considere activa el 1 de enero. Si el cliente no cumple con la fecha límite de pago para enero, su solicitud será cancelada y deberá volver a enviar su solicitud antes de finalizar la inscripción abierta, seleccionar una nueva fecha de inicio de cobertura y realizar un pago puntual para que la cobertura se active el próximo mes.

## Capítulo 4: Elegibilidad para créditos fiscales anticipados para primas y para reducciones de costos compartidos

### A. Descripción general de los créditos fiscales anticipados para primas y de las reducciones de costos compartidos

Los créditos fiscales para primas y las reducciones de costos compartidos (CSR) son subsidios puestos a disposición por el gobierno federal para ayudar a personas y familias a pagar el costo de la cobertura de seguro médico adquirida a través de HealthSource RI. Para ser elegible para un crédito fiscal para primas o CSR, una persona debe cumplir con lo siguiente:

- Ser parte de un hogar que archiva (o archivará) impuestos y que cumple con las normas de elegibilidad financiera; si está casado, el hogar debe presentar impuestos en conjunto
- Inscribirse en un plan de salud autorizado (QHP) a través de HealthSource RI.
- No tener acceso a una fuente de cobertura alternativa asequible que cumpla con los estándares básicos, es decir, “cobertura esencial mínima” (MEC).

Al final del año fiscal, está disponible un crédito fiscal para primas cuando un hogar presenta su declaración anual de impuestos e informa la cobertura que el hogar adquirió durante el año anterior.

También se puede pagar un crédito fiscal por adelantado de manera mensual para proporcionar asistencia financiera inmediata a los hogares para ayudarlos a comprar un QHP. Cuando el crédito fiscal se paga por adelantado, se denomina crédito fiscal anticipado para primas (APTC). Para los hogares elegibles para los APTC, esta asistencia se envía a la compañía de seguros en su nombre para compensar cada factura mensual. La cantidad de los APTC que el hogar reciba aparecerá en la factura mensual enviada por HealthSource RI.

Este capítulo se centra en la elegibilidad inicial para los APTC y las CSR. La información sobre la redeterminación de la elegibilidad y las obligaciones del inscrito para informar los cambios que ocurran a lo largo del año no se incluyen en este capítulo, ni tampoco se incluye información sobre el proceso de conciliación. Para obtener información sobre redeterminaciones de elegibilidad, consulte el capítulo 8. Para obtener más información sobre el proceso de conciliación, consulte el capítulo 5.

HealthSource RI tiene la obligación de transmitir la elegibilidad del mercado individual y la información de inscripción al gobierno federal según sea necesario para que el gobierno federal comience, termine o cambie los APTC o las CSR.<sup>45</sup> HealthSource RI transmitirá la información individual de elegibilidad e inscripción a las operadoras según sea necesario para que calculen los montos que deben recaudar del gobierno federal en nombre de las personas o los hogares cubiertos que califican para los APTC y las CSR, incluidas determinaciones iniciales, cambios de mitad de año y cambios anuales en elegibilidad.

#### 1) **Créditos fiscales anticipados para primas**

Los APTC están disponibles para los hogares según los criterios de elegibilidad, incluido el tamaño del hogar y el ingreso anual, y se destinan para compensar parte del costo asociado con la compra de un seguro médico. Para

---

<sup>45</sup> según lo requiere 45 C.F.R. § 155.340

calcular la elegibilidad de APTC de un hogar, HealthSource RI primero identificará el **segundo** plan plata de menor costo disponible en ese año de póliza, denominado “plan de referencia”. La cantidad de crédito fiscal para que el hogar sea elegible es igual al costo total del plan de referencia (o planes) que cubriría a la familia, menos la contribución esperada del hogar para la cobertura. La contribución esperada se basa en el nivel federal de pobreza (FPL) y se usa en una escala móvil; varía del 2 % de los ingresos de los hogares al 100 % del FPL al 9,56 % del ingreso para los que están al 400 % del FPL.<sup>46</sup>

Los clientes elegibles de APTC pueden usar sus APTC para comprar cualquier categoría de plan de salud ofrecido a través de HealthSource RI. Su pago mensual puede aumentar o disminuir en función de la selección de su plan.<sup>47</sup> Después de que un cliente se inscribe en un plan y paga el primer mes de cobertura, la compañía de seguro médico del cliente comenzará a solicitar directamente los APTC a la factura mensual del seguro médico del cliente. Los hogares pueden solicitar créditos fiscales para la compra de cualquier QHP disponible que se venda a través de HealthSource RI, con la excepción de un plan catastrófico.<sup>48</sup>

## **2) Reducciones de costos compartidos**

Las reducciones de costos compartidos (CSR) están disponibles para los hogares que ganan hasta el 250 % del FPL y se inscriben en un plan QHP de nivel plateado a través de HealthSource RI. Las CSR también están disponibles para los hogares de nativos americanos y nativos de Alaska que se inscriban en cualquier nivel del QHP (consulte “Elegibilidad para reducciones de costos compartidos, población de nativos americanos y nativos de Alaska”). Las CSR se utilizan para reducir los costos de bolsillo de la atención médica, como los deducibles, los copagos y el coseguro por los servicios cubiertos. De manera similar a los APTC, el gobierno federal envía los subsidios de CSR directamente a las compañías de seguros médicos en nombre de los hogares elegibles para CSR. Hay tres niveles diferentes de CSR disponibles, la elegibilidad para cada uno depende del FPL de un hogar.

### **B. Elegibilidad para APTC**

#### **1) Descripción general de la elegibilidad para APTC**

##### **a) Criterios de elegibilidad**

Los hogares son elegibles para un APTC en un mes de cobertura determinado si:<sup>49</sup>

- Anticipan tener un ingreso familiar anual del 138 % al 400 % del FPL (nivel federal de pobreza)<sup>50</sup> (con una excepción para los no ciudadanos con ingresos inferiores al 138 % del FPL que están legalmente presentes y no son elegibles para Medicaid debido a condición de inmigración).<sup>51</sup>
- Planifican presentar una declaración de impuestos federales y, si está casado, planea presentar una

---

<sup>46</sup> Procedimiento de impuestos 2017-36

<sup>47</sup> Si un hogar es elegible para APTC por encima del costo del QHP en el que se inscribe, y el hijo o los hijos menores de 19 años de ese hogar se inscriben en un plan dental independiente, los montos del APTC por encima del costo del QHP, con el costo de la parte de EHB del plan dental pediátrico independiente como tope, pueden reclamarse como un crédito fiscal para primas al final del año. Consulte 26 CFR 1.36B-3(k). HealthSource RI no puede aplicar anticipos a los créditos fiscales para primas de cobertura de planes dentales independientes bajo estas circunstancias.

<sup>48</sup> 45 CFR 156.440

<sup>49</sup> 45 CFR 155.305(f); 26 CFR 1.36B-2

<sup>50</sup> El Departamento de Salud y Servicios Sociales actualiza anualmente el FPL. A los fines de la elegibilidad de APTC, use el FPL publicado más recientemente el primer día del período de inscripción abierta anual.

<sup>51</sup> 45 CFR 155.305(f)(2); § 1.36B-2(b)(5)

declaración conjunta.<sup>52</sup> Las parejas casadas del mismo sexo también deben planear presentar una declaración conjunta.

- No se puede reclamar como dependiente de la declaración de impuestos de otra persona.<sup>53</sup>
- Cumple con otros requisitos de elegibilidad para inscribirse en un QHP (plan de salud autorizado) (consulte el capítulo 1).

En cualquier mes dado, las personas pueden calificar para un APTC en nombre propio y de cualquier miembro elegible del hogar que:

- Se inscriba en un QHP<sup>54</sup>.
- No tenga acceso a otro MEC, como la cobertura basada en el empleador, la cobertura basada en el empleador a través de Intercambio SHOP, Medicare, Medicaid o CHIP. (Consulte “Cobertura esencial mínima” a continuación).

## **b) Tratamiento de hogares en los que algunas personas no son elegibles para un APTC**

Una persona que no es elegible para comprar un QHP aún puede recibir un APTC para otros miembros del hogar.<sup>55</sup> Por ejemplo, un padre que no reside legalmente en los Estados Unidos o que está encarcelado (y por lo tanto no es elegible para comprar un QHP) aún puede recibir un APTC en nombre de su esposa e hijos si la esposa y los hijos cumplen con los requisitos de elegibilidad. Si un individuo no solicita cobertura por sí misma, debe proporcionar el ingreso y la información del hogar requerida para evaluar la elegibilidad para otros miembros de la familia.

## **c) Regla especial para individuos legalmente presentes por debajo del 100 % del FPL**

En general, los hogares deben tener ingresos entre el 138 % y 400 % del FPL para ser elegibles para un APTC<sup>56</sup>. Sin embargo, los inmigrantes legalmente presentes que no son elegibles para Medicaid en función de su condición de inmigración<sup>57</sup> y cuyos ingresos familiares caen por debajo del 138 % del FPL aún pueden ser elegibles para un APTC. Dichas personas deben estar legalmente presentes y deben cumplir con todos los otros criterios de elegibilidad de APTC que se aplican a las personas con ingresos iguales o superiores al 138 % del FPL.

## **2) Composición y tamaño del hogar**

Para determinar si un solicitante cumple con los criterios de elegibilidad financiera para un APTC, HealthSource RI debe “construir” el hogar del solicitante, es decir, identificar a los miembros de la familia del solicitante que se consideran parte del hogar para fines de APTC.<sup>58</sup> Después de que se construye el hogar, HealthSource RI determina el ingreso del hogar y lo compara con el FPL para un hogar del tamaño apropiado.

Para los propósitos de APTC, el hogar de un solicitante está formado por los miembros de la familia que

---

<sup>52</sup> 45 CFR 155.300(a), § 1.36B-2(b)(2)

<sup>53</sup> 26 CFR 1.36B-2(b)(2)(3). Incluso si el contribuyente que podría reclamar el APTC de solicitante, ya que se espera que un dependiente no lo haga, el solicitante continúa siendo no elegible para un APTC. No puede proporcionarse un APTC a un individuo para quien la deducción del dependiente está “permitida para otro contribuyente”.

<sup>54</sup> 26 CFR 1.36B-2(c). La inscripción debe realizarse a partir del primer día del mes; si un individuo se inscribe en un QHP a mediados del mes, no puede recibir el APTC correspondiente a ese mes.

<sup>55</sup> 45 CFR 155.305(f); 26 CFR 1.36B-2

<sup>56</sup> 45 CFR 155.305(f)(2); 26 CFR 1.36B-2(b)(5)

<sup>57</sup> Consulte el Manual de políticas de ayuda médica de DHS, sección Requisitos técnicos de elegibilidad: 0304.05.15.05;

[https://www.policy.dhs.ri.gov/0300.htm#\\_Toc359220686](https://www.policy.dhs.ri.gov/0300.htm#_Toc359220686)

<sup>58</sup> 26 CFR 1.36B-1(d)

presentarán los impuestos juntos. Específicamente, un hogar incluye individuos para quienes un contribuyente puede reclamar una deducción por una exención personal,<sup>59</sup> incluidos los dependientes de impuestos, incluso si viven fuera del hogar por algún período de tiempo. Para evaluar la elegibilidad de Medicaid, generalmente se usa el mismo hogar, excepto cuando se aplican reglas del hogar basadas en una relación alternativa (consulte el capítulo 6).

En caso de una disputa entre los padres sobre quién es elegible para reclamar un hijo o hijos como dependientes de impuestos, HealthSource RI no proporcionará asistencia ni tomará una determinación. HealthSource RI solo aceptará una orden judicial como prueba de cuál padre está autorizado a reclamar un hijo o hijos como dependientes de impuestos a los efectos de determinar la elegibilidad de un hogar para APTC o CSR.

**Ejemplo:** considere a dos adultos que están divorciados y tienen un hijo. La madre y el hijo viven juntos y el padre vive por separado. El padre reclama una deducción de exención personal para el hijo, por lo que el hijo se incluye en el hogar del contribuyente del padre con el fin de determinar la elegibilidad para un APTC. El tamaño del hogar del contribuyente del padre es dos: el padre y el hijo. El hijo no *está* incluido en el hogar de contribuyentes de la madre para determinar la elegibilidad para un APTC, incluso si el hijo vive con la madre. La madre tiene un tamaño de hogar del contribuyente de uno con el propósito de evaluar la elegibilidad para un APTC.

#### **a) Situaciones en las que los hogares con múltiples contribuyentes se inscriben en un solo QHP**

Los hogares con múltiples contribuyentes que reciben APTC por separado pueden inscribirse juntos en un solo QHP.<sup>60</sup> Por ejemplo, una persona de 25 años que espera presentar impuestos por separado de sus padres puede optar por inscribirse en el mismo QHP que sus padres. En esta situación, el APTC se calcula por separado para cada hogar de contribuyentes y ambos APTC se aplican al mismo plan.

### **3) Ingresos del hogar**

Para ser elegible para un APTC, el ingreso anual proyectado del solicitante debe hallarse entre el 138 % del FPL hasta el 400 % del FPL<sup>61</sup> o, como se explica más adelante, menos del 138 % del FPL para los inmigrantes legalmente presentes.<sup>62</sup> El ingreso del hogar también se incluye en el cálculo para determinar el monto total del APTC de un hogar (ver la sección sobre “Fórmula para calcular el tamaño de un APTC”).

#### **a) ¿El ingreso de quién se considera?**

Se debe incluir el ingreso de todas las personas en el hogar del contribuyente que deben declarar impuestos en los ingresos del hogar.<sup>63</sup> Por ejemplo, una pareja casada con un hijo adolescente que trabaja a tiempo parcial debe incluir sus ingresos, pero solo si gana suficientes ingresos para exigirle que presente impuestos. Para obtener más información sobre quién está obligado a declarar los impuestos, y cuáles son los umbrales de declaración de impuestos apropiados, consulte la Publicación 501 del IRS.<sup>64</sup>

<sup>59</sup> 45 CFR 155.305(f)(ii); 26 CFR 1.36B-2

<sup>60</sup> 26 CFR 1.36B-3(h)

<sup>61</sup> 45 CFR 155.305(f)(i); 26 CFR 1.36B-2(b)

<sup>62</sup> 45 CFR 155.305(f)(B)(2)

<sup>63</sup> 45 CFR 155.305(f); 26 CFR 1.36B-1(e)

<sup>64</sup> La publicación del IRS 501 está disponible en el siguiente enlace:

[http://www.irs.gov/publications/p501/ar02.html#en\\_US\\_2012\\_publink1000220851](http://www.irs.gov/publications/p501/ar02.html#en_US_2012_publink1000220851)

**Ejemplo:** Considere a una pareja casada que espera presentar impuestos federales en conjunto que reclamen una deducción de exención personal para su hija de 16 años. El tamaño del hogar QHP es tres: la madre, el padre y la hija. Los padres están empleados y su hija también gana \$300 por año a través de trabajos de cuidado de niños. Al determinar el ingreso de su hogar, se incluyen los ingresos de los padres, pero los ingresos de la hija no se incluyen porque su ingreso obtenido está por debajo del umbral de declaración de impuestos. Ella no está obligada a presentar su propia declaración de impuestos. Sin embargo, si ella anticipa que tomará un trabajo adicional que pagaría suficiente dinero para colocarla por encima del umbral de declaración de impuestos, se le requeriría que presente su propio formulario de impuestos, y sus ganancias se incluirían en los ingresos del hogar.<sup>65</sup>

## b) Uso del ingreso proyectado

HealthSource RI aplica el ingreso anual “proyectado” de un hogar para evaluar su elegibilidad para los APTC.<sup>66</sup> El ingreso anual proyectado es la mejor estimación del solicitante para los ingresos del hogar durante el año en que el solicitante espera inscribirse en la cobertura. El ingreso proyectado se debe basar en expectativas razonables y verificables (ver capítulo 7), como los ingresos del año anterior y los cambios esperados en los ingresos en función de factores como un cambio de trabajo planificado, una promoción, una jubilación planificada o el reingreso esperado a la fuerza laboral. Si bien HealthSource puede ayudar a los clientes con la parte matemática de estimación del ingreso anual del hogar, HSRI no son profesionales de impuestos, y los clientes son los responsables en última instancia del número de ingresos anuales que informan. Los clientes deben consultar con un profesional de impuestos si tienen preguntas sobre cómo proyectar mejor sus ingresos anuales.

Los hogares que informan una cantidad diferente de ingresos para el año en sus formularios de impuestos federales de la que realmente ganan durante ese año pueden ser responsables de pagar el exceso de APTC recibidos al IRS, o pueden tener derecho a un reembolso por pagos insuficientes de APTC para el que el hogar era elegible Consulte el capítulo 5 para obtener más información.

**Ejemplo:** un hombre de Rhode Island pierde su trabajo en junio y solicita cobertura a través de HealthSource RI el 1 de julio. Para evaluar su elegibilidad para los APTC, HealthSource RI necesita calcular su ingreso esperado para todo el año, porque los APTC se calculan sobre la base **de un ingreso** anual. Para hacer esto, HealthSource RI combinará sus ganancias para la primera mitad del año mientras esté empleado con cualquier ingreso de desempleo que pueda tener en junio en el resto del año.

Si ganó \$20,000 durante la primera mitad del año y espera recibir \$10,000 en beneficios de desempleo hasta el 31 de diciembre, su ingreso anual proyectado sería de \$30,000 (\$20,000 de enero a junio más \$10,000 de julio a diciembre). HealthSource RI NO considera simplemente su ingreso esperado para el resto del año.

## c) ¿Qué se considera como ingreso familiar?

Para calcular los ingresos de los hogares en lo que respecta a la evaluación de la elegibilidad de APTC, HealthSource RI utiliza una medida de ingresos conocida como “Ingreso bruto ajustado modificado” o “MAGI”.<sup>67</sup> MAGI se basa en la definición del IRS de lo que cuenta como ingreso después de tener en cuenta las deducciones seleccionadas. MAGI consiste en los siguientes tipos de ingresos, según lo define el IRS:<sup>68</sup>

<sup>65</sup> 26 CFR 1.36B-1(e)(ii)(B)

<sup>66</sup> 45 CFR 155.305(f)(i); 26 CFR 1.36B-2(b)

<sup>67</sup> 26 CFR 1.36B-1(e)

<sup>68</sup> 26 CFR 1.36B-1(e)(2)

- **Ingreso bruto ajustado**

El ingreso bruto ajustado es el ingreso bruto ajustado por deducciones “por encima de la línea”.<sup>69</sup> Para la mayoría de los contribuyentes, los sueldos y salarios constituirán la mayoría de sus ingresos brutos. Sin embargo, como se analiza con más detalle a continuación, los ingresos brutos también incluyen los ingresos de una amplia gama de otras fuentes, como los beneficios de desempleo, los intereses gravables y las ganancias de capital. Las deducciones “por encima de la línea” se refieren a los ajustes que las personas pueden hacer a sus ingresos brutos. Estos incluyen pagos de pensión alimenticia, intereses sobre préstamos estudiantiles y otros artículos que aparecen en la primera página del Formulario 1040. Sin embargo, no incluyen contribuciones caritativas, intereses hipotecarios y otras deducciones “por debajo de la línea”.

- **Beneficios de seguridad social no incluidos en el ingreso bruto ajustado**

Para fines del impuesto federal a las ganancias, el gobierno federal solo grava los beneficios de la seguridad social para las personas que cumplen con ciertos criterios de ingresos y, por lo tanto, solo una parte de sus beneficios se grava.<sup>70</sup> Sin embargo, todos los beneficios de la seguridad social están incluidos en MAGI, independientemente de si se consideran ingresos gravables o no imponibles para propósitos de impuestos federales.

- **Interés exento de impuestos**

La mayor parte de los intereses que los contribuyentes reciben de cuentas bancarias, cuentas del mercado monetario, certificados de depósito y dividendos de seguros depositados se consideran ingresos gravables. Sin embargo, los intereses sobre algunos bonos emitidos por, y utilizados para financiar, las operaciones del gobierno estatal y local no están sujetos a impuestos a nivel federal. Este interés exento de impuestos se considera parte de MAGI.<sup>71</sup>

- **Ingresos obtenidos en el extranjero**

Si bien el ingreso del trabajo extranjero generalmente no está sujeto a impuestos, se incluye en MAGI.<sup>72</sup> Son los ingresos recibidos de fuentes dentro de un país o países extranjeros que constituyen ingresos derivados del trabajo atribuibles a los servicios prestados por el individuo cuando fueron:

- Ciudadanos de los EE. UU. y residentes de buena fe de un país extranjero por un período de tiempo ininterrumpido, que incluye todo un año contributivo.
- Ciudadanos o residentes de EE. UU. y que, durante cualquier período de 12 meses consecutivos, están presente en un país extranjero durante al menos 330 días completos durante ese período.

#### **d) Determinación del ingreso bruto ajustado modificado (MAGI)**

---

<sup>69</sup> 26 USC § 62

<sup>70</sup> 26 CFR 1.36B-1(e)

<sup>71</sup> 26 CFR 1.36B-1(e); Hacienda, sección Rentas percibidas, disponible en el siguiente enlace:

<http://www.irs.gov/taxtopics/tc403.html>

<sup>72</sup> 26 USC § 9

MAGI tiene sus raíces en la definición de ingresos del IRS desarrollada para ayudar a los contribuyentes a presentar sus declaraciones anuales. Sin embargo, los APTC se basan en los ingresos anuales proyectados de un hogar durante el mes en que solicita la cobertura. HealthSource RI ayudará a los hogares a generar el MAGI anual proyectado en función de las circunstancias al momento de la solicitud. En la práctica, hay dos formas en que HealthSource RI puede ayudar a los solicitantes a determinar el MAGI anual proyectado de su hogar: uso de la declaración de impuestos federales del año anterior o la “construcción” de MAGI.

Ambos métodos, que se describen con más detalle a continuación, se basan en definiciones del IRS idénticas sobre lo que constituye el ingreso y las deducciones permitidas. El uso de la declaración de impuestos de un año anterior permite a HealthSource RI estimar en función del trabajo que ya ha realizado el solicitante para informar sus datos y deducciones de acuerdo con las normas del IRS. Si la declaración de impuestos del año anterior ya no es relevante, HealthSource RI debe ayudar a construir el MAGI proyectado para el año en que el hogar solicita un APTC o CSR mediante el uso de las mismas definiciones y reglas del IRS.

- **Uso de la declaración de impuestos federales del año anterior**

Este método requiere sacar el “ingreso bruto ajustado” de la línea correspondiente del formulario impositivo y hacer algunas adiciones, si corresponde, para el ingreso del trabajo extranjero, los intereses exentos de impuestos y cualquier beneficio no gravado de la seguridad social. Este método funciona si las circunstancias de un solicitante no han cambiado de forma notable desde la última declaración de impuestos del solicitante.

El monto del ingreso bruto ajustado se puede encontrar en los siguientes documentos:<sup>73</sup>

- Formulario 1040EZ del IRS: Línea 4.
- Formulario 1040A del IRS: Línea 21.
- Formulario 1040 del IRS: Línea 37.

Si corresponde, HealthSource RI agregará las siguientes fuentes de ingresos del formulario de impuestos para transformar el “ingreso bruto ajustado” del hogar en “ingreso bruto ajustado modificado”:

- Todos los beneficios de seguridad social que no estén incluidos en el ingreso bruto ajustado (Línea 20a del Formulario 1040 del IRS).
- Ingresos obtenidos en el extranjero excluidos del ingreso bruto (se incluye en la Línea 7 del Formulario 1040 del IRS basado en la Línea 26 del Formulario 2555 del IRS o en la Línea 17 del Formulario 2555-EZ del IRS).
- Intereses exentos de impuestos que el contribuyente espera recibir o acumular durante el año (Línea 8b de la declaración de impuestos federales del año anterior Formulario 1040 del IRS).

- **“Construir” MAGI**

Cuando un hogar ha experimentado un cambio sustancial en las circunstancias desde que presentó su

---

<sup>73</sup> A fines de impuestos federales, solo los individuos que completen un Formulario 1040 o Formulario 1040A pueden usar las deducciones del impuesto a las ganancias. Estas no pueden ser reclamadas por alguien que depende del Formulario 1040EZ porque este documento no está diseñado para registrarlas. Sin embargo, en el contexto de la elegibilidad de APTC, las deducciones están disponibles para todos los hogares que no dependen de un formulario impositivo federal del año anterior como única base para establecer sus ingresos del hogar anuales proyectados.

declaración de impuestos (o anticipa que tal cambio ocurrirá durante el año calendario actual), HealthSource RI ayudará al hogar a “construir” su ingreso bruto anual ajustado modificado proyectado. Este método requiere recopilar información detallada sobre los ingresos de un solicitante de varias fuentes y ajustar ese ingreso para tener en cuenta las deducciones “por encima de la línea”. Como primer paso, HealthSource RI determinará el ingreso bruto del hogar. Los tipos de ingresos que cuentan y no cuentan se identifican en la Tabla 1 a continuación.<sup>74</sup>

**Tabla 1. Ejemplos de ingresos que cuentan y no cuentan bajo MAGI<sup>75</sup>**

<b>Ingresos que cuentan para MAGI</b>
Pagas o salarios imponibles (antes de deducir impuestos) <i>Tenga en cuenta que las contribuciones antes de impuestos a cuentas de cuidado de dependientes, primas de seguro médico, cuentas de gastos flexibles, cuentas de jubilación y</i>
Empleo por cuenta propia (ganancia una vez que se pagan los gastos comerciales) <sup>77</sup>
Beneficios de la seguridad social
Beneficios de desempleo
Cobro de pensión alimenticia
La mayoría de los beneficios de jubilación
Intereses (incluidos los intereses exentos de impuestos):
Ganancias netas de capital (beneficio obtenido menos las pérdidas de capital)
La mayoría de los ingresos de inversión, como intereses y dividendos
Ingresos por alquiler o regalías (ganancia después de restar los costos)
Otros ingresos gravables, como deudas canceladas, adjudicaciones judiciales, pago por servicio de jurado no otorgado a un empleador, apoyo en efectivo y juegos de azar o
Ingresos obtenidos en el extranjero
<b>Ingresos que NO cuentan</b>
Manutención por hijos recibida
Ingreso de seguridad suplementario (SSI)
Pagos de indemnización laboral
Beneficios de veteranos de guerra
Regalos

**a. Contabilización de deducciones de ingresos “por encima de la línea”**

Como segundo paso, los ingresos brutos del solicitante se deben ajustar mediante las deducciones por encima de la línea que se mencionaron anteriormente.<sup>78</sup> Algunas de las deducciones fiscales incluyen lo siguiente:

<sup>74</sup> Para obtener información adicional sobre ingreso bruto ajustado, consulte la publicación 17 del IRS disponible en: <http://www.irs.gov/publications/p17/>. Para consultar sobre tipos de ingresos del IRS, visite el siguiente enlace: <http://www.irs.gov/taxtopics/tc400.html>.

<sup>75</sup> Para obtener información adicional, consulte 26 USC 61. La lista que se presenta aquí se basa en la descripción de los centros de servicios de Medicare y Medicaid de los tipos de ingresos que cuentan como “ingresos brutos” a los fines de MAGI. Consulte también en centros de servicios de Medicare y Medicaid, Solicitud única mejorada, anexo A: Lista de elementos en la solicitud en línea para apoyar las determinaciones de elegibilidad para las inscripciones a través del Mercado de Seguros Médicos y para Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños.

<sup>76</sup> Czajka, John. Mayo del 2013. Traducción de los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) en ingresos mensuales actuales. Evaluación de la reforma del acceso a la salud a nivel estatal. Disponible en el siguiente enlace: <http://www.shadac.org/files/shadac/publications/TranslatingMAGItoCurrentlyMonthlyIncome.pdf>.

<sup>77</sup> 26 USC 1402

<sup>78</sup> Puede encontrar una lista completa de estas deducciones en el siguiente enlace:

<http://www.law.cornell.edu/uscode/text/26/62> con información adicional en el sitio web del IRS en <http://www.irs.gov/Credits---&---Deductions>.

- Ciertos gastos de negocios de empleo independiente.
- Parte de intereses por préstamos estudiantiles.
- Pago de pensión alimenticia.
- La mayoría de las contribuciones a cuentas de jubilación.<sup>79</sup>
- Matrículas y cuotas.<sup>80</sup>
- Contribuciones a una cuenta de ahorro de salud<sup>81</sup>
- Sanciones sobre el retiro anticipado de los ahorros.<sup>82</sup>
- Gastos de educador.<sup>83</sup>
- Gastos de mudanza por cambio de empleo.<sup>84</sup>
- Ciertos gastos comerciales de artistas escénicos, miembros de la reserva militar y funcionarios del gobierno que cobran honorarios.<sup>85</sup>

Las deducciones por encima de la línea más comunes entre los hogares de ingresos bajos y moderados incluyen ciertos gastos del empleo por cuenta propia, la mayoría de las contribuciones a cuentas de jubilación, pensión alimenticia pagada, matrícula y cuotas estudiantiles y una parte del interés del préstamo estudiantil.<sup>86</sup>

#### **b. Deducciones por ciertos gastos de empleo por cuenta propia**

La mayoría de las deducciones por gastos de negocios de empleo por cuenta propia se incluyen en el ingreso neto (la ganancia una vez que se pagan los gastos comerciales), pero se pueden realizar deducciones por la parte deducible del impuesto sobre el empleo por cuenta propia,<sup>87</sup> SEP autónomo, SIMPLE y planes calificados<sup>88</sup> y deducciones de seguro médico por cuenta propia.<sup>89,90</sup>

#### **c. Pago de pensión alimenticia**

La pensión alimenticia es un pago a un cónyuge o excónyuge bajo un acuerdo de divorcio o separación.<sup>91</sup>

#### **d. Parte del interés del préstamo estudiantil**

Los hogares pueden deducir una parte del interés que esperan pagar de un préstamo estudiantil calificado.<sup>92</sup> El

---

<sup>79</sup> 26 USC § 219.

<sup>80</sup> 26 USC § 222.

<sup>81</sup> 26 USC § 223.

<sup>82</sup> 26 USC § 165.

<sup>83</sup> 26 USC § 162.

<sup>84</sup> 26 USC § 217.

<sup>85</sup> 26 USC § 162.

<sup>86</sup> Czajka, John. Mayo del 2013. Traducción de los ingresos brutos ajustados modificados (MAGI) en ingresos mensuales actuales. Evaluación de la reforma del acceso a la salud a nivel estatal. Disponible en el siguiente enlace:

<http://www.shadac.org/files/shadac/publications/TranslatingMAGItoCurrentlyMonthlyIncome.pdf>.

<sup>87</sup> Impuesto del IRS al trabajo independiente. <http://www.irs.gov/Businesses/Small-Businesses-&Self-Employed/Self-Employment-Tax-Social-Security-and-Medicare-Taxes>

<sup>88</sup> Impuesto del IRS al trabajo independiente. <http://www.irs.gov/Businesses/Small-Businesses-&Self-Employed/Self-Employment-Tax-Social-Security-and-Medicare-Taxes>

<sup>89</sup> 26 USC § 162.

<sup>90</sup> Para obtener información adicional, consulte la Publicación 334 del IRS, Guía impositiva para las pequeñas empresas.

<sup>91</sup> 26 USC 215; IRS, sección Pago de pensión alimenticia, disponible en el siguiente enlace: <http://www.irs.gov/taxtopics/tc452.html>.

<sup>92</sup> 26 USC § 221; IRS, sección Deducción de intereses de préstamo estudiantil, disponible en el siguiente enlace: <http://www.irs.gov/taxtopics/tc456.html>.

recuadro 1 del formulario 1098-E muestra el interés pagado por el año anterior, que puede ser útil para proyectar los intereses de los préstamos estudiantiles que se pagarán durante el año.

#### **e) Comparación de los ingresos familiares con el nivel federal de pobreza**

Para evaluar la elegibilidad financiera para los APTC, HealthSource RI comparará los ingresos anuales proyectados de un hogar con las pautas del FPL para el tamaño adecuado del hogar.<sup>93</sup> HealthSource RI utilizará las pautas de FPL publicadas más recientes disponibles a partir del primer día del período de inscripción abierta anual para la cobertura de un QHP que se ofrece a través de HealthSource RI por un año calendario.<sup>94,95</sup>

El FPL que se utiliza para determinar la elegibilidad de APTC puede ser diferente al FPL que se utiliza para la elegibilidad de Medicaid. Medicaid utiliza los niveles de FPL de acuerdo con las reglas establecidas por su agencia (vea el capítulo 6).<sup>96</sup>

#### **4) Inelegibilidad basada en el acceso a la cobertura esencial mínima**

En general, las personas no son elegibles para un APTC si tienen ingresos suficientes para asegurar una cobertura adecuada (es decir, “cobertura esencial mínima” o MEC) a través de una fuente que no sea HealthSource RI.<sup>97</sup> Este requisito federal está diseñado para reservar la disponibilidad de APTC para los hogares que no tienen opciones alternativas de cobertura asequible a través de sus trabajos, programas gubernamentales u otras fuentes.

##### **a) Definición de MEC para fines de elegibilidad de APTC<sup>98</sup>**

Para propósitos de elegibilidad de APTC, el término “cobertura mínima esencial” (MEC) significa cobertura bajo cualquiera de los siguientes:

- La mayoría de los seguros patrocinados por el gobierno.
- Un seguro subvencionado por el empleador elegible.
- Planes de salud protegidos<sup>99</sup>.
- Otra cobertura que el secretario de Salud y Servicios Humanos reconoce como MEC, incluida la cobertura de salud en el extranjero y la cobertura de salud autofinanciada para estudiantes.

Algunos tipos de cobertura muy limitada no se consideran “MEC”. Estas políticas de “beneficios exceptuados”

---

<sup>93</sup> El Departamento de Salud y Servicios Sociales actualiza anualmente el FPL.

<sup>94</sup> 45 CFR 155.300(a)

<sup>95</sup> La inscripción abierta inicial se extendió desde el 1 de octubre de 2013 hasta el 31 de marzo del 2014, lo cual implica que se utilizaron los niveles de FPL del 2013 para el período de inscripción abierta inicial. Para el año de cobertura 2015, el período de inscripción abierta anual se extendió desde el 15 de noviembre hasta el 15 de febrero y se usaron los niveles de FPL del 2014. En los años subsiguientes, el período de inscripción abierta se extenderá desde el 1 de octubre hasta el 15 de diciembre.

<sup>96</sup> 42 CFR 435.4

<sup>97</sup> 45 CFR 155.305(f), 26 CFR 1.36B---2(c)

<sup>98</sup> 26 USC 5000A(f); Propuesta 26 CFR 1.5000A-2; Propuesta 45 CFR 156.602. Observe que el concepto de MEC también se usa para determinar quién puede estar exento de un pago de responsabilidad compartida. Para este fin, la lista de cobertura que constituye el MEC es ligeramente diferente de la que se presenta en el capítulo 10.

<sup>99</sup> Un plan de salud protegido es un plan de salud para grupos o una cobertura de seguro médico para grupos que ya estaba en existencia el 23 de marzo del 2010, cuando la Ley de Cuidado de Salud Asequible se convirtió en ley. El estado protegido excluye los planes de ciertas obligaciones según la ley (Sección ACA 1251; Propuesta 26 CFR 1.5000A-2(e)).

incluyen lo siguiente:<sup>100</sup>

- Cobertura por muerte accidental y desmembramiento.
- Seguros por discapacidad.
- Seguro de responsabilidad general.
- Seguro de responsabilidad del automóvil.
- Compensación laboral.
- Seguro de solo crédito (por ejemplo, seguro hipotecario).
- Cobertura para clínicas médicas en el lugar proporcionadas por el empleador.
- Beneficios dentales o de visión de alcance limitado.
- Beneficios de cuidado a largo plazo.
- Beneficios que se proporcionan en la mayoría de los acuerdos de gastos flexibles de salud.
- Políticas que cubren solo una enfermedad o una enfermedad específica (por ejemplo, políticas de solo cáncer).
- Cobertura complementaria, como las políticas complementarias de Medicare, las políticas complementarias de TRICARE y cobertura complementaria similar a la cobertura bajo un plan de salud grupal.

#### b) MEC patrocinado por el gobierno

Un hogar se considera elegible para el MEC patrocinado por el gobierno y, por lo tanto, no elegible para un APTC, si cumple con los criterios de elegibilidad para la cobertura de los programas que se enumeran a continuación.<sup>101</sup> A menos que se indique lo contrario, es la elegibilidad para el programa, no la inscripción real, lo que hace que un miembro del hogar no sea elegible para un APTC. El MEC patrocinado por el gobierno incluye la siguiente cobertura:<sup>102</sup>

- Inscripción en la Parte A de Medicare que no requiere pagar una prima de la Parte A<sup>103</sup> (la mayoría de los beneficiarios de Medicare no necesitan pagar las primas de la Parte A y se consideran automáticamente elegibles para MEC).
- Planes Medicare Advantage (Parte C de Medicare),
- Medicaid, **excepto** para:
  - Cobertura opcional de los servicios de planificación familiar.
  - Cobertura opcional de los servicios relacionados con la tuberculosis.
  - Cobertura de servicios relacionados con el embarazo.
  - Cobertura de servicios médicos de emergencia.
- CHIP.<sup>104</sup>
- Inscripción en TRICARE.
- Inscripción en la cobertura de salud de los veteranos de guerra.<sup>105</sup>

---

<sup>100</sup> 26 USC 5000A(f)(3)

<sup>101</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(i)

<sup>102</sup> 26 CFR 5000A(f)(1); 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(i); Propuesta 26 CFR 1.5000A-2(b); Propuesta 45 CFR 156.602

<sup>103</sup> Aviso del IRS propuesto 2013-41, emitido el 26 de junio del 2013. Disponible en el siguiente enlace:

[http://op.bna.com/dt.nsf/id/sdoe--992kz2/\\$File/Notice%202013-41.pdf](http://op.bna.com/dt.nsf/id/sdoe--992kz2/$File/Notice%202013-41.pdf).

<sup>104</sup> A los niños de un año de edad y mayores que pierdan la cobertura CHIP debido a una falta de pago de las primas y que no pueden volver a inscribirse en CHIP por cuatro meses se los trata como elegibles para CHIP y no califican para un APTC durante ese período.

<sup>105</sup> Los programas de cobertura médica para veteranos que representa el MEC para aquellos que están inscritos incluyen el paquete de beneficios

- Programa para voluntarios en el Cuerpo de Paz.
- Asistencia médica para refugiados con el apoyo de la Administración para Niños y Familias.
- Inscripción en un plan de salud estudiantil.<sup>106</sup>
- Inscripción en la cobertura de grupo de alto riesgo del estado.<sup>107</sup>

### i) Tiempo de elegibilidad

Se considera que una persona es elegible para un programa patrocinado por el gobierno el primer día del primer mes completo en el que puede comenzar a recibir los beneficios del programa.<sup>108</sup> Esto significa que una persona **no** se considera como elegible para un programa patrocinado por el gobierno (y, por lo tanto, **es** elegible para recibir APTC) durante:

- El tiempo que se requiere para el procesamiento de la solicitud (es decir, el período de tiempo entre la presentación de la solicitud y la aprobación).
- Cualquier período intermedio entre el momento en que una persona es elegible para un programa patrocinado por el gobierno y la fecha en la que puede comenzar a recibir los beneficios (es decir, el período de tiempo entre la aprobación de la solicitud y la fecha de vigencia de la cobertura).

**Ejemplo:** considere a un contribuyente que solicita cobertura bajo un programa de atención médica patrocinado por el gobierno. La solicitud de la persona se aprueba el 12 de julio, pero su cobertura no estará disponible hasta el 1 de septiembre. La persona se considera elegible para la MEC patrocinada por el gobierno el 1 de septiembre <sup>109</sup>y, si cumple con todos los demás criterios aplicables para APTC, se considerará elegible para APTC hasta el 31 de agosto.

### ii) Obligación de completar los requisitos administrativos para obtener cobertura

Las personas elegibles para un programa patrocinado por el gobierno, pero que no solicitan dicha cobertura, todavía están excluidos de la elegibilidad para APTC después de haber excedido la fecha límite para solicitar cobertura (con la excepción que se describe a continuación para personas elegibles para programas de cobertura de salud para veteranos de guerra o ciertas personas elegibles pero no inscritas para Medicare Parte A). Se espera que los individuos que cumplan con los criterios de elegibilidad para un programa patrocinado por el gobierno lo soliciten el último día del tercer mes calendario completo siguiente al evento que establece su elegibilidad, como la pérdida de un trabajo que hace que el individuo sea elegible para Medicaid.<sup>110</sup> Si no se solicitan para esa fecha, sin embargo, serán tratados como elegibles para MEC (y, por lo tanto, no elegibles para recibir APTC) a partir del primer día del cuarto mes calendario posterior al evento calificador.<sup>111</sup>

médicos autorizado para veteranos elegibles según 38 U.S.C. 1710 y 38 U.S.C. 1705; el Programa Médico y de Salud Civil de la Administración de Veteranos (CHAMPVA) autorizado según 38 U.S.C. 1781; programa de atención médica completo autorizado según 38 U.S.C. 1803 y 38 U.S.C. 1821 para determinados hijos de veteranos de Vietnam y veteranos de servicio cubierto en Corea que sufren de espina bífida; y el Programa de Beneficios de Salud de Fondos sin Apropiación del Departamento de Defensa (*Propuesta 26 U.S.C. 1.5000A---2(b)(5) y (7)*).

<sup>106</sup> Aviso del IRS propuesto 2013-41, emitido el 26 de junio del 2013. Disponible en el siguiente enlace: <http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-13-41.pdf>

<sup>107</sup> La norma propuesta designa grupos estatales de alto riesgo como sujeto del MEC para que la Secretaría realice más revisiones (*Propuesta 45 CFR 156.602(e)*). HHS observa específicamente que “se reserva el derecho a revisar y supervisar la extensión y la calidad de la cobertura y, en el futuro, a reevaluar si se le debería designar una cobertura esencial mínima o si debería atravesar el mismo proceso de [designación] descrito en 156.604” de la norma propuesta (*Preámbulo 7361*). El aviso del IRS propuesto 2013-41, emitido el 26 de junio del 2013 establece que los individuos son elegibles para el MEC a los fines de la elegibilidad de APTC si se inscriben en la cobertura de grupos de alto riesgo. Disponible en el siguiente enlace: <http://www.irs.gov/pub/irs---drop/n-13-41.pdf>

<sup>108</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(i)

<sup>109</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(vi)

<sup>110</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(ii)

<sup>111</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(ii)

**Ejemplo:** considere a un individuo que cumple 65 años el 3 de junio y es elegible para Medicare. De conformidad con los requisitos necesarios para recibir los beneficios, el individuo se inscribe en Medicare en septiembre, el último mes de su período de inscripción inicial, y puede recibir beneficios de Medicare a partir del 1 de diciembre. Debido a que completó los requisitos necesarios para el último día del tercer mes calendario completo después del evento que estableció su elegibilidad (es decir, que cumple 65), el individuo se considera elegible para MEC patrocinado por el gobierno el 1 de diciembre (el primer mes completo puede recibir beneficios bajo el programa).<sup>112</sup>

**Ejemplo:** considere el mismo escenario, excepto que el individuo no se inscribe en la cobertura de Medicare durante su período de inscripción inicial. En este caso, la persona se considera elegible para MEC patrocinado por el gobierno a partir del 1 de octubre del 2015 (el primer día del cuarto mes calendario posterior al evento que estableció su elegibilidad).<sup>113</sup>

### iii) Regla especial para programas de cobertura para veteranos de guerra

Una persona se considera elegible para MEC a través de un programa de atención médica para veteranos de guerra según el capítulo 17 o 18 del Título 38, Código de Estados Unidos, solo si la persona está realmente inscrita en el programa.<sup>114</sup>

### iv) Elegibilidad retroactiva

Elegibilidad retroactiva significa elegibilidad que cubre un período de tiempo en el pasado. Si se determina que una persona es elegible para MEC patrocinada por el gobierno de manera retroactiva (como Medicaid), esto no afecta su elegibilidad para APTC durante el período retroactivo. Las personas elegibles para Medicaid solo se excluyen de la elegibilidad de APTC de manera prospectiva. Se los tratará como elegibles para MEC no antes del primer día del primer mes calendario que comienza después de la aprobación de la solicitud de Medicaid, como se comentó anteriormente.<sup>115</sup>

**Ejemplo:** considere a una persona que en noviembre se inscribe en un QHP para el próximo año de cobertura y recibe APTC para ayudar a pagar el costo del plan. Luego, la persona pierde su empleo a tiempo parcial y el 10 de abril solicita cobertura bajo el programa de Medicaid. Su solicitud fue aprobada el 15 de mayo y su cobertura de Medicaid entra en vigencia a partir del 1 de abril. Se trata a la persona como elegible para la MEC patrocinada por el gobierno el 1 de junio.<sup>116</sup>

### v) Falta de conciliación

Un afiliado no será elegible para APTC si:<sup>117</sup>

- (1) El inscrito (y su cónyuge, si corresponde) no cumplió con el requisito de presentar una declaración del impuesto sobre la renta del año anterior, como lo requieren las secciones 6011 y 6012 del IRC (secciones

<sup>112</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(vi)

<sup>113</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(vi)

<sup>114</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(iii)

<sup>115</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(iv)

<sup>116</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(2)(vi)

<sup>117</sup> 45 CFR 155.305(f)(4); 26 U.S.C. 6011, 6012.

6011 y 6012 bajo el título 26 del Código de Estados Unidos) y las reglamentaciones de implementación.  
(2) El APTC no se concilió para ese período.

La solicitud de HealthSource RI incluye una pregunta relacionada con la presentación de impuestos. Esta pregunta se mostrará en todas las solicitudes y permitirá a los inscritos que recibieron los APTC durante el año anterior declarar, bajo pena de perjurio, haber presentado su declaración de impuestos para el año anterior correspondiente y conciliar sus APTC.

Después de presentar y conciliar los APTC vigentes del año anterior, el hecho de que se haya presentado una declaración de impuestos en la solicitud le permitirá al inscrito mantener la elegibilidad para APTC incluso si los datos del IRS aún no se han actualizado. Los inscritos cuyos datos del IRS no se actualizaron, pero presentaron una declaración de impuestos y conciliaron las APTC para el año anterior, deben certificar haber presentado y conciliado la solicitud y seleccionar un plan antes del 15 de diciembre para mantener la elegibilidad de APTC para la cobertura a partir del 1 de enero.

### **c) MEC patrocinada por el empleador**

Una persona que puede inscribirse en un plan elegible patrocinado por el empleador, ya sea como empleado o como individuo que puede inscribirse en el plan debido a una relación con un empleado (es decir, una “persona relacionada”), se considera elegible para la MEC patrocinada por el empleador si el plan es:

- “Asequible”<sup>118</sup>.
- Proporciona un “valor mínimo” (MV).<sup>119</sup>

La cobertura patrocinada por el empleador incluye la cobertura ofrecida por una pequeña empresa a través de SHOP.

Como se describe con más detalle a continuación, un plan elegible patrocinado por el empleador se considera asequible para una persona si la prima anual que debe pagar para comprar la cobertura por sí misma no supera un porcentaje específico de los ingresos del hogar.<sup>120</sup> Se considera que un plan proporciona un valor mínimo (MV) solo si la participación del plan en el total de los costos permitidos de los beneficios proporcionados al empleado y a las personas relacionadas es al menos el 60 % de dichos costos.<sup>121</sup>

### **i) Cobertura asequible**

Un plan elegible patrocinado por el empleador se considera “asequible” para un empleado si la porción de la prima anual que debe pagar solo para la cobertura es menor que un cierto porcentaje del ingreso de su hogar. Cada año, el gobierno federal ajustará el porcentaje de contribución requerido para reflejar el crecimiento de los costos de atención médica en relación con otras medidas de crecimiento económico e inflación.<sup>122,123</sup> El cálculo de la asequibilidad para los miembros del hogar de un empleado no tiene en cuenta el costo de

---

<sup>118</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(i)

<sup>119</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(i)

<sup>120</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(v)(A)

<sup>121</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(vi)

<sup>122</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(v)(A)

<sup>123</sup> Para los años de plan que comienzan en el 2018, el porcentaje de asequibilidad es de 9.56 %.

proporcionar seguro basado en el hogar. La “asequibilidad” del seguro basado en el empleador para personas relacionadas se basa **solo** en el costo de la cobertura **solo para el empleado**.

**Ejemplo:** Considere a una mujer que en el 2016 tiene un ingreso familiar de \$47,000. Su empleador ofrece un plan de seguro médico que requiere una contribución de \$3,450 para la cobertura solo para 2016 (que representa el 7.3 % del ingreso de su hogar). Debido a que su contribución requerida para la cobertura exclusiva no supera el 9.56 % del ingreso familiar, el plan se considera asequible y la persona es considerada como elegible para la MEC patrocinada por el empleador para todos los meses en el 2016.

**Ejemplo:** considere la misma situación, excepto que en este caso ella está casada y su empleador ofrece cobertura para dependientes. Su contribución requerida para comprar cobertura para su hogar (que incluye a ella, su esposo y su hijo) fue de \$8,250 (que representa el 17.5 % de los ingresos de su hogar). Debido a que el costo de comprar cobertura para su familia no se toma en cuenta en la prueba de asequibilidad y a que su contribución requerida para la cobertura de solo uso no supera el 9.56 % del ingreso familiar, **el plan todavía se considera asequible**. En consecuencia, se determina que la persona tiene una fuente de cobertura económica patrocinada por el empleador y, por lo tanto, no es elegible para recibir los APTC en nombre de ella o de miembros de su hogar.

- **Tratamiento de incentivos de bienestar y contribuciones del empleador a la cuenta de reembolso de gastos médicos (HRA) en la determinación de la asequibilidad**

Con la excepción de los programas de bienestar diseñados para prevenir o reducir el consumo de tabaco, los incentivos del programa de bienestar no discriminatorio ofrecidos por un plan elegible patrocinado por el empleador que afectan a las primas **no** se tratarán como un aumento de la asequibilidad de la cobertura (es decir, la asequibilidad se determinará al suponer que el empleado no cumple con los requisitos del programa de bienestar). En circunstancias que involucren programas de bienestar para dejar de fumar, la asequibilidad de los planes para usuarios de tabaco se determinará en función de las primas que se cobren a los usuarios que completen un programa de tabaco (es decir, la asequibilidad se determinará asumiendo que el empleado satisfaga los requisitos del programa de bienestar).<sup>124</sup> Ver la Tabla 2 debajo.

**Ejemplo:** considere a un empleador que ofrece un plan elegible patrocinado por el empleador con un programa de bienestar no discriminatorio que reduce las primas en \$300 para los empleados que no utilizan productos de tabaco o que completan un curso para dejar de fumar. Las primas se reducen en \$200 si un empleado completa el examen de detección del colesterol dentro de los primeros seis meses del año del plan. Un empleado (Empleado A) no usa tabaco y el costo de sus primas es de \$3,700. Otro empleado (Empleado B) usa tabaco y el costo de sus primas es de \$4,000. Solo los incentivos relacionados con el consumo de tabaco se cuentan para la prima utilizada para determinar la asequibilidad del plan del empleador. Por consiguiente, al empleado B se lo trata como si hubiese ganado el incentivo de \$300 por participar del curso de interrupción del tabaquismo. Por lo tanto, la contribución requerida del empleado a la prima para determinar la asequibilidad para ambos empleados A y B es de \$3,700. El incentivo de \$200 por completar el examen de colesterol no se tiene en cuenta.<sup>125</sup>

Las sumas recientemente disponibles bajo una HRA que se integra con un plan patrocinado por el empleador **se pueden**

<sup>124</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(v)(A)(4)

<sup>125</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(v)(D)

tener en cuenta para determinar la asequibilidad (es decir, se puede considerar disponible para aumentar la asequibilidad de la cobertura del empleado) siempre que los empleados puedan usar los montos solo para primas o para las primas o el costo compartido.<sup>126</sup>

Debido a que los fondos de la cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA) generalmente no se pueden utilizar para pagar las primas del seguro, estas cantidades no afectan la determinación de la asequibilidad. Ver la Tabla 2 debajo.

**Tabla 2. Tratamiento de incentivos de bienestar y contribuciones del empleador a la HRA en la determinación de la asequibilidad**

<b>Aplicabilidad del incentivo o monto a las primas con el fin de determinar la asequibilidad</b>	
<b>Programa de bienestar: sin interrupción del tabaquismo</b>	No. Asequibilidad determinada al asumir que el empleado no puede ganar un incentivo o completar un programa.
<b>Programa de bienestar: interrupción del tabaquismo</b>	Sí. Asequibilidad determinada al asumir que el empleado gana un incentivo o completa el programa.
<b>Contribución del empleador a la HSA</b>	No. Por lo general, los fondos de HSA no se pueden utilizar para pagar primas.
<b>Contribución de HRA</b>	Sí, siempre que el empleado pueda usar los montos de HRA para (1) reducir las primas o (2) ya sea para reducir las primas o compartir los costos.

**ii) Valor mínimo y métodos para determinar el MV**

Un plan elegible patrocinado por el empleador proporciona MV solo si la participación del plan en el total de los costos permitidos de los beneficios provistos al empleado según el plan (según lo determine el HHS) es al menos del 60 %.<sup>127</sup> El MV de un plan específico elegible patrocinado por el empleador se calcula al dividir el gasto médico cubierto anticipado por la cobertura de EHB (beneficios de salud esenciales) para la población cubierta por un plan de salud grupal autoasegurado típico. Esto se calcula de acuerdo con el costo compartido del plan de salud grupal específico por los cargos totales anticipados que se permiten para la cobertura de EHB para una población típica de un plan de salud grupal autoasegurado.<sup>128</sup>

**Tabla 3. Cálculo del valor mínimo (MV).**

*El valor mínimo es igual a lo siguiente:*

$$\frac{\text{Costos anticipados de EHB reembolsados por el plan}}{\text{Costos anticipados de EHB cubiertos por el plan de autoaseguramiento "estándar"}}$$

Cualquiera de los siguientes métodos se puede utilizar para determinar si un plan elegible patrocinado por el

<sup>126</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(v)(A)(5)

<sup>127</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(vi)

<sup>128</sup> Propuesta 26 CFR 1.36B-6(c)(1)

empleador proporciona MV,<sup>129</sup> incluido el uso de lo siguiente:

- La calculadora de VM disponible por HHS e IRS en el sitio web de HHS.<sup>130</sup>
- Uno de los diseños de planes de puerto seguro establecidos por HHS e IRS y que se describe a continuación.
- Para planes no estándar, certificación actuarial de un miembro de la Academia Estadounidense de Actuarios.

Los planes en el mercado de grupos pequeños también cumplen con los requisitos de MV si proporcionan un plan de nivel de bronce.<sup>131</sup>

*Las personas que buscan asesoramiento sobre si el seguro patrocinado por el empleador disponible para ellos cumple con la norma de MV deben buscar la orientación de su empleador o compañía de seguros.*

#### Puertos seguros para determinar el MV<sup>132</sup>

Como alternativa al uso de la calculadora de MV, un plan patrocinado por un empleador podría utilizar uno de los tres puertos seguros basados en el diseño publicados por la HHS y el IRS en forma de listas de verificación para determinar si el plan proporciona el MV. Estos incluyen lo siguiente:

- Un plan con un deducible médico y de medicamentos integrados de \$3,500, un costo compartido del 80 % y un límite máximo de gastos de bolsillo de \$6,000.
- Un plan con un deducible médico y de medicamentos integrado de \$4,500, un 70 % de costo compartido del plan, un límite de desembolso máximo de \$6,400 y una contribución del empleador de \$500 a una HSA.
- Un plan con un deducible médico de \$3,500, un deducible de \$0, un 60 % de costo compartido médico, un 75 % de costo compartido de medicamentos, un límite máximo de desembolso de \$6,400, un plan de medicamentos escalonados de \$10, \$20, \$50 y un coseguro del 75 % para medicamentos especializados.

*En la siguiente Tabla 4 se encuentra un resumen de esta información.*

**Tabla 4: Puertos seguros para determinar el valor mínimo**

Límite de bolsillo individual	Deducible individual		Coseguro	Copagos de medicamentos de venta con receta	Contribución anual individual de la HSA del
	Médico	Medicamentos de venta			
\$6,000	\$3,500 médicos y medicamentos		80 % de todos los	N/C	N/C
\$6,400	\$4,500 médicos y medicamentos		70 % de todos los	N/C	\$500

<sup>129</sup> 26 CFR 1.36B-6(d)

<sup>130</sup> La calculadora está disponible en el siguiente sitio web a partir de julio del 2013: <http://www.cms.gov/ccio/Resources/Regulations-and-Guidance/index.html>.

<sup>131</sup> 26 CFR 1.36B-6(d)(4)

<sup>132</sup> 26 CFR 1.36B-6(d)

\$6,400	\$3,500	\$0	60 % médico 75 % medicament	\$10, \$20, \$50 Medicament os especiales	N/C
---------	---------	-----	-----------------------------------	---	-----

*Tratamiento de incentivos de bienestar y contribuciones del empleador a las HRA y a las cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA) al calcular el MV*

En algunos casos, los programas de bienestar y las contribuciones del empleador a HRA y HSA se pueden tener en cuenta al determinar el porcentaje de MV del plan. Ver el Anexo A para obtener más detalles sobre los requisitos relacionados.

### iii) Tratamiento de los períodos de inscripción abierta y los períodos de inscripción especial

Al igual que con los programas gubernamentales, las personas están excluidas de la elegibilidad de APTC si pueden inscribirse en un plan patrocinado por un empleador que cumpla con los criterios de asequibilidad y valor mínimo, independientemente de si realmente lo hacen o no. Como resultado, las personas deben ser consideradas como elegibles para MEC patrocinada por el empleador durante cualquier mes en un año del plan durante el cual podrían haberse inscrito a través de un período de inscripción abierta o especial<sup>133</sup> (consulte el capítulo 3 para obtener información sobre períodos de inscripción especial). Es importante tener en cuenta que las personas no serán consideradas como elegibles para la MEC patrocinada por el empleador durante ningún período de espera requerido antes de que la cobertura entre en vigencia.<sup>134</sup>

**Ejemplo:** considere a una persona cuyo empleador ofrece a sus empleados un plan de seguro médico que tiene un año de plan desde el 1 de octubre hasta el 30 de septiembre. Los empleados se pueden inscribir durante una temporada abierta desde el 1 de agosto hasta el 15 de septiembre. En este caso, el empleado elige no inscribirse en el plan del empleador para el año del plan del 1 de octubre del 2014 al 30 de septiembre del 2015 y, en noviembre del 2014, se inscribe en un QHP a través de HealthSource RI para el año calendario 2015. Debido a que se podría haber inscrito en el plan de su empleador durante el período de inscripción abierta del 1 de agosto al 15 de septiembre, a menos que el plan no sea asequible o no proporcione un valor mínimo, esta persona se considerará elegible para MEC patrocinada por el empleador durante los meses que esté inscrito en el QHP durante el año del plan de su empleador (es decir, de enero a septiembre del 2015).<sup>135</sup>

### iv) Continuación de la cobertura (por ejemplo, COBRA)

Un individuo que se puede inscribir en la continuación de la cobertura requerida, según la ley federal (por ejemplo, COBRA) o la ley estatal que brinda cobertura de continuación comparable, se considera elegible para MEC patrocinada por el empleador solo por los meses en los que el individuo está realmente inscrito en la cobertura.<sup>136</sup> Si a alguien se le proporciona una oferta para inscribirse en la cobertura de COBRA, pero opta por no hacerlo, esto no afecta negativamente su potencial elegibilidad para un APTC.

### v) Inscripción en un plan elegible patrocinado por el empleador

<sup>133</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(iii)

<sup>134</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(iii)

<sup>135</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(iii)(C)

<sup>136</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(iv)

Si una persona está inscrita en una cobertura basada en el empleador, se considera que es MEC, independientemente de si cumple con los estándares de asequibilidad y valor mínimo.<sup>137</sup> Sin embargo, en los casos en que un empleado se inscriba de forma automática en un plan patrocinado por un empleador, se tratará al empleado como no inscrito en el plan si este finaliza la cobertura antes de lo siguiente: (1) el segundo mes calendario completo de ese año del plan u otro período de renovación automática; o (2) el último día de cualquier período de exclusión permisible provisto por el plan patrocinado por el empleador o en las regulaciones que emitirá la Secretaría de Trabajo.<sup>138</sup>

**Ejemplo:** considere a una persona cuya contribución requerida para la cobertura del empleador solo para sí mismo excedió el 9.56 % de su ingreso familiar anual proyectado para el 2014. La persona se inscribe en el plan del año calendario de su empleador para el 2014. La persona se considera como elegible para MEC en el 2014 porque estaba inscrita en un plan elegible patrocinado por el empleador para el 2014.<sup>139</sup>

**Ejemplo:** considere el mismo escenario, excepto que ahora el empleador de la persona la inscribió de manera automática en el plan para el año calendario 2015. La persona finaliza esta cobertura el 20 de enero del 2015. Se trata a la persona como no elegible para MEC según el plan de su empleador para enero del 2015.<sup>140</sup>

#### **d) Persona relacionada no reclamada como una deducción de exención personal**

Si un individuo que se puede inscribir en MEC debido a una relación con otra persona que es elegible para cobertura (por ejemplo, un hijo de un padre cuyo empleador ofrece cobertura familiar) se reclama como dependiente en el formulario fiscal de la persona con acceso primario a la cobertura, la persona relacionada se trata como elegible para MEC, independientemente de si está realmente inscrito en la cobertura. Sin embargo, si la persona relacionada **no** se reclama como dependiente en el formulario impositivo de la persona con acceso primario a la cobertura, será considerada como elegible para MEC bajo dicha cobertura solo durante los meses en que la persona relacionada esté realmente inscrita.

**Ejemplo:** considere a los padres de una hija de 25 años. Si los padres esperan reclamar una deducción por exención personal para ella, se la considera como elegible para MEC a través de la cobertura patrocinada por el empleador de sus padres (siempre que sea asequible y cumpla con el valor mínimo). Sin embargo, si los padres no esperan reclamar una exención personal para ella, sería considerada como elegible para la MEC patrocinada por el empleador solo por cualquier mes durante el cual esté inscrita en el plan de sus padres. Por lo tanto, si elige comprar cobertura por su propia cuenta a través de HealthSource RI, ella es potencialmente elegible para un APTC (es decir, no se la excluye por tener una cobertura esencial mínima a través de sus padres, pero aún debe cumplir con los otros criterios de elegibilidad para un APTC).

### **C. Cálculo del APTC**

#### **1) Descripción general del cálculo del APTC**

El concepto detrás del cálculo del APTC es que se espera que los hogares con menos del 400 % del FPL contribuyan con

<sup>137</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(vii)(A)

<sup>138</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(vii)(B)

<sup>139</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(vii)(C)

<sup>140</sup> 26 CFR 1.36B-2(c)(3)(vii)(C)

una parte limitada de sus ingresos para comprar un QHP. La participación varía del 2 % del ingreso de los hogares al 100 % del FPL al 9.56 % del ingreso para aquellos con un 400 % del FPL.<sup>141</sup> Después de contribuir con este monto, el APTC “llena el vacío” y proporciona un subsidio suficiente como para que el hogar pueda comprar el segundo QHP o “plan de referencia” a menor nivel de plata (descrito a continuación).

Un hogar puede utilizar el APTC para comprar un QHP que sea más o menos costoso que el plan de referencia. Si alguien compra un plan más costoso, la persona debe contribuir con más de sus propios fondos para cubrir el costo de la cobertura. Si la persona compra un plan menos costoso, el APTC cubrirá una mayor parte del costo del plan. Sin embargo, bajo ninguna circunstancia, un hogar puede recibir un APTC que exceda el costo real de la cobertura que se compra.

El APTC se basa en el costo de la compra de beneficios de salud esenciales y es solo para dichos beneficios. No se puede utilizar para subsidiar beneficios adicionales. (Consulte “Tratamiento de beneficios de salud no esenciales a continuación”).

## 2) Fórmula para calcular el tamaño de un APTC

El tamaño del APTC de un contribuyente se calcula al tomar el monto que un hogar debe gastar para comprar el plan plateado para miembros elegibles del hogar y al restar el monto que se espera que el hogar contribuya a su propio seguro médico (“monto de contribución”).<sup>142</sup> El monto restante, o la brecha entre el costo del plan de referencia y el monto de la contribución del hogar, determinan el APTC máximo que una persona puede recibir.

## 3) Costos de prima mensuales reales pagados por QHP

Cuando una persona declara impuestos, el Servicio de Rentas Internas concilia la cantidad de APTC que la persona recibió con la cantidad que es elegible para recibir según su información de devolución de impuestos.<sup>143</sup> Consulte el capítulo 5 para obtener más información sobre el proceso de conciliación.

### a) Costo del “Plan de referencia”

El costo de la “prima ajustada para el plan de referencia aplicable” (al que se hace referencia en este documento como el “plan de referencia”) se basa en el Plan Plata con el segundo costo más bajo (SLCSP) que se ofrece a través de HealthSource RI y que se puede utilizar para cubrir a los miembros del hogar que se están inscribiendo en un QHP.<sup>144</sup> En situaciones donde algunos miembros del hogar se inscriben en un QHP a través de HealthSource RI y otros miembros del hogar se inscriben en Medicaid o no se inscriben en ninguna cobertura, el SLCSP se basa únicamente en los miembros del hogar que son elegibles para APTC y se inscriben en un QHP.

**Ejemplo:** Considere un hogar con dos padres y dos hijos con un ingreso familiar anual proyectado del 210 % del FPL. Los hijos son elegibles para Medicaid y los padres son elegibles para un QHP y APTC en HealthSource RI. El costo de cubrir a los hijos *no* está incluido en el cálculo de la elegibilidad APTC.

### i) Tratamiento de familias que necesitan más de un QHP para cubrir a todos los miembros<sup>145</sup>

<sup>141</sup> Sec. ACA 1401/Sec. 36B (b); 26 CFR 1.36B-3(g)

<sup>142</sup> 26 CFR 1.36B-3(d)

<sup>143</sup> 26 CFR 1.36B-4

<sup>144</sup> 26 CFR 1.36B-3(e)

<sup>145</sup> 26 CFR 1.36B-3(f)(ii)(2)

Si no hay disponible un solo plan que pueda cubrir al hogar completo de un solicitante, entonces el plan de referencia se basa en el costo de los múltiples planes que se requerirían para cubrir a todos los miembros elegibles del hogar. Estos se deben revisar caso por caso y se deben manejar al llamar al centro de atención.

**Ejemplo:** considere un hogar compuesto por una mujer que cuida a su tía discapacitada. Si espera reclamar a su tía como dependiente en su declaración de impuestos federales, entonces es elegible para recibir un APTC en nombre de su tía. Si no hay QHP disponible que permita a la mujer inscribirse en un plan familiar único que la cubra tanto a ella como a su tía, HealthSource RI debe combinar el costo del plan de referencia disponible para la mujer como adulto soltero, y el plan de referencia disponible para su tía como un adulto soltero, para determinar el costo del plan de referencia.

**b) Monto de contribución**

El monto de la contribución es la cantidad que se espera que un hogar contribuya al costo del plan de referencia. Está determinado por una fórmula delineada en la ACA (Asociación de Contables Diplomados).<sup>146</sup>

**Tabla 6. Porcentaje aplicable a la contribución de la prima por ingreso para el 2016**

% de la línea de pobreza federal	Porcentaje inicial de contribución	Porcentaje final de contribución de prima
Menos de 133 %	2.01 %	2.01 %
133 % a 150 %	3.02%	4.03 %
150 % a 200 %	4.03 %	6.34 %
200 % a 250 %	6.34 %	8.10 %
250 % a 300 %	8.10 %	9.56 %
300 % a 400 %	9.56 %	9.56 %

**c) Reglas especiales de contribución esperada para hogares con miembros que no están legalmente presentes**

La ACA ajusta la contribución esperable de los hogares con miembros que no están legalmente presentes para reflejar que algunos miembros no son elegibles para inscribirse en QHP así como en APTC.<sup>147</sup> En efecto, los ajustes disminuyen la contribución esperable de dichos hogares porque no todos sus miembros se pueden inscribir en un QHP.

**d) Costos de primas reales**

El monto de APTC para el que un hogar es elegible en cualquier momento del mes no puede exceder el precio de la prima mensual total de la cobertura en la que los miembros del hogar están inscritos.<sup>148</sup> Los QHP pueden tener una porción de beneficio de salud no esencial de la prima que no es elegible para un crédito fiscal para primas. En otras palabras, el APTC no se puede utilizar para cubrir ciertos beneficios de salud que no entran

<sup>146</sup> 26 CFR 1.36B-3(g)

<sup>147</sup> 26 CFR 1.36B-2; 26 CFR 1.36B-3

<sup>148</sup> 26 CFR 1.36B(3)

dentro de la definición de EHB del ACA , sin embargo algunos planes tiene un beneficio no EHB de \$0.

**Ejemplo:** considere un hogar que califica para un APTC de \$1,000 pero opta por adquirir un plan bronce muy barato por \$800 por mes con \$798 que cubren los beneficios de salud esenciales. Dados los costos actuales de su QHP, el hogar puede utilizar solo \$798 de su APTC de \$1,000 y pagar de su bolsillo \$2 mensuales. Por lo tanto, \$202 de la APTC podrían no utilizarse (a menos que, como se discute más adelante, gaste algo de la APTC extra no utilizada en un plan dental pediátrico no utilizado).

#### i) Primas pagadas por otra persona

Si un individuo o entidad paga las primas en nombre de un hogar, esos pagos se deducirán de los costos de prima incurridos por el hogar. Por ejemplo, las primas pagas por una Tribu en nombre de un miembro de la tribu o un padre sin custodia en nombre de un niño contribuyen a las primas realmente pagas.<sup>149</sup>

#### ii) Asignación de costos de primas reales cuando varios hogares a efectos fiscales adquieren un plan juntos

En algunos casos, un hogar puede adquirir un plan conjunto incluso si no todos los miembros de un hogar son parte de un hogar a efectos fiscales para APTC. Cuando ocurre esto, se utiliza una fórmula para asignar los costos de las primas entre los hogares a efectos fiscales para asegurar que ninguno reciba un crédito de ayuda para la prima por sobre los costos reales. Los costos de las primas se distribuyen con base en los costos relativos de los planes estándar utilizados para determinar el APTC de cada hogar a efectos fiscales dentro del hogar.<sup>150</sup>

**Ejemplo:** considere una pareja cuyo hijo de 22 años vive con ellos a pesar de que tiene empleo y que deberá presentar su propia declaración de impuestos. Suponga que el plan estándar para la pareja cuesta \$12,000 y \$4,000 para el hijo. Al evaluar si la pareja de otro modo recibiría un APTC por sobre sus costos de prima reales, HealthSource RI debe asumir que paga por los tres cuartos del costo de cualquier plan que la familia adquiera junta ( $\$12,000 / (\$12,000 + \$4,000) = 3/4$ ). Incluso si la pareja paga por todo el plan, su APTC se limita a 3/4 del costo del QHP adquirido. De manera similar, al hijo se lo trata como si pagara 1/4 del costo de cualquier QHP ( $\$4,000 / (\$12,000 + \$4,000) = 1/4$ ) sin importar cuánto dinero aporte para el costo del QHP. Si la familia adquiere un plan de \$10,000, la pareja será tratada como si pagara \$7,500 del plan (limitando su crédito de ayuda para la prima a \$7,500) y el hijo deberá ser tratado como si gastara \$2,500 (limitando su crédito de ayuda para la prima a \$2,500).

#### 4) Tratamiento de beneficios de salud no esenciales

Como se mencionó anteriormente en este capítulo, los APTC están disponibles solo para colaborar con el costo de la adquisición de beneficios de salud esenciales.<sup>151</sup> Los APTC no podrían ser utilizados para subsidiar el costo de los beneficios opcionales, incluyendo abortos voluntarios.<sup>152</sup> Como resultado, al determinar el costo del plan estándar y el pago de primas real, se cuenta solo la parte de los costos de QHP atribuibles a los

<sup>149</sup> 26 CFR 1.36B-3(c)(2)

<sup>150</sup> 26 CFR 1.36B-3(h)

<sup>151</sup> 26 CFR 1.36B-3(j)

<sup>152</sup> Sección ACA 1303; 45 CFR 156.280.

beneficios de salud esenciales.

**Ejemplo:** un hogar selecciona un QHP que incluye varios beneficios de salud no esenciales optativos, tales como cobertura dental para adultos. El costo de un QHP de un hogar es de \$15,000 pero \$1,000 son atribuibles al costos de la cobertura dental para adultos y otros beneficios de salud no esenciales. Al evaluar si el APTC del hogar excede los costos de las primas reales, HealthSource RI tratará al hogar como si solo tuviese \$14,000 en costos de primas reales. De forma similar, al identificar el plan de referencia aplicable, HealthSource RI tendrá en cuenta solo el costo de los beneficios de salud esenciales ofrecidos por QHP de nivel plata.

## 5) Tratamiento de beneficios dentales pediátricos

Los beneficios dentales pediátricos se consideran parte del EHB y, por lo tanto, sus costos se pueden deducir por APTC.<sup>153</sup> Sin embargo, algunas reglas especiales se aplican a los beneficios dentales pediátricos y a su rol en el cálculo del APTC. Específicamente, el reglamento del IRS trata de diferente manera al costo de la cobertura dental pediátrica cuando está incluida en un QHP que cuando se ofrece a través de un plan solo dental por separado. Si está incluido en un QHP, el costo de la cobertura dental pediátrica **se** tiene en cuenta para los costos del plan de referencia aplicable utilizado para determinar el tamaño del APTC de una familia. Esto tiene el efecto de aumentar el tamaño del APTC de la familia y subsidia su compra de la cobertura dental. Por otro lado, si la cobertura dental pediátrica no está incluida en el Plan Plata con el segundo costo más bajo (SLCSP) disponible en HealthSource RI, entonces el costo de plan dental independiente **no se** incluye en el costo del plan de referencia aplicable de la familia.

Estas reglas especiales se aplican cuando HealthSource RI determina el costo de un plan de referencia aplicable de una familia, pero no al evaluar si el APTC de una familia está por debajo de sus costos de primas reales. Como resultado, si una familia elige adquirir un QHP pero no necesita utilizar su APTC completo para cubrir la compra del plan, puede aplicar un poco o todo el APTC “excedente” al costo del plan dental.

**Ejemplo:** considere a una madre soltera con dos niños que adquiere un QHP que cuesta \$400 por mes y un plan dental independiente para sus dos hijos que cuesta un total de \$50 por mes. Al evaluar el costo del plan de referencia aplicable para su familia (y, por lo tanto, su crédito fiscal), HealthSource RI no puede tener en cuenta el costo de la cobertura dental de sus hijos. Si, sin embargo, ella adquiere por \$450 un QHP que tiene incluida la cobertura dental pediátrica, el plan de referencia aplicable utilizado para calcular su APTC se basará en el costo del Plan Plata con el segundo costo más bajo que incluya beneficios dentales pediátricos.

### D. Elegibilidad para reducciones de costos compartidos (CSR)

Los hogares con ingresos anuales proyectados mayores al 250 %del FPL, con la excepción de los solicitantes nativo americanos o nativos de Alaska (AI/AN), son elegibles para reducciones de costos compartidos (CSR) que reducen el gasto de bolsillo.<sup>154</sup> Los hogares con ingresos menores dentro de este rango recibirán más asistencia financiera con gastos de bolsillo en beneficios de salud, mientras que aquellos en el extremo más alto del rango recibirán menos asistencia. Para ser elegibles para CSR, los solicitantes se deben inscribir en un QHP de nivel plata<sup>155</sup> (excepto los

<sup>153</sup> 26 CFR 1.36B-3(k)

<sup>154</sup> 45 CFR 155.305(g)(C)

<sup>155</sup> 45 CFR 155.305(g)(C)(ii)

solicitantes AI/AN). Las CRS le permiten a los hogares y a los individuos inscribirse en una “variedad” de QHP de nivel plata que tienen un “valor actuarial” más alto. El valor actuarial de un plan es la porción del gasto de cuidado de salud cubierto que se puede esperar que un QHP cubra para una población estándar dado su deducible, el límite máximo de sus gastos de bolsillo, y otras políticas de costos compartidos. Como se muestra en la Tabla 5 a continuación, hay tres principales niveles de reducciones de costos compartidos.

**Tabla 5. Niveles de reducción de costos compartidos disponibles para hogares que se inscriben en un plan de nivel plata**

Nivel	Población	Valor actuarial del plan de nivel
Nivel 1	100 % FPL – 150 % FPL (más poblaciones especiales debajo del	94 %
Nivel 2	150 % FPL – 200 % FPL	87 %
Nivel 3	200 % FPL – 250 % FPL	73 %

Además, como se discute en detalle a continuación, los solicitantes AI/AN son elegibles para reducciones de costos compartidos especiales.<sup>156</sup> Los solicitantes AI/AN por debajo del 300 % del FPL reciben reducciones de costos compartidos del 100 % para un QHP de cualquier nivel en el que se inscriban.<sup>157</sup>

Los emisores de QHP deben presentar ante HealthSource RI anualmente, antes de cada año de prestación, las siguientes variaciones de plan (así como las variaciones para inscritos AI/AN)

- Plan QHP de nivel plata <150 % FPL
- Plan QHP de nivel plata 150 %-200 % FPL
- Plan QHP de nivel plata 200%-250% FPL

Las variaciones reflejan las diferencias en los cargos de costos compartidos asociados a un plan; los emisores deben cubrir los mismos beneficios y ofrecer la misma red de proveedores a los individuos inscritos en las variaciones de CSR así como se lo ofrecen a los individuos bajo los QHP de nivel plata estándar. HealthSource RI asigna a los solicitantes a una de las variaciones de QHP de nivel plata basándose en el ingreso, conforme a la regla especial en las pólizas familiares.<sup>158</sup>

### 1) Elegibilidad para reducciones de costos compartidos (CSR)

Las personas que solicitan asistencia financiera son automáticamente evaluadas en su elegibilidad para CSR y no tienen que completar una solicitud por separado. Los individuos son elegibles para CSR si cumplen con lo siguiente:<sup>159</sup>

- Cumplir con los criterios de elegibilidad para un APTC, incluyendo requisitos de QHP<sup>160</sup> (ver capítulo 2).
- Anticipar tener un ingreso familiar anual del 250 % del FPL o menor<sup>161</sup> (excepto los solicitantes AI/AN).

<sup>156</sup> 45 CFR 155.350

<sup>157</sup> 45 CFR 155.350(a)(2)

<sup>158</sup> 45 CFR 156.410(b)(1)

<sup>159</sup> 45 CFR 305(g)

<sup>160</sup> 45 CFR 155.305(g)(A)

<sup>161</sup> 45 CFR 305(g)(C)

- Inscribirse en un QHP de nivel plata (excepto los solicitantes AI/AN).<sup>162</sup>

Las CRS no están disponibles para planes catastróficos o planes dentales pediátricos independientes.<sup>163,164</sup>

**Ejemplo:** considere un hogar de dos padres y dos hijos con un ingreso familiar anual proyectado de 210 % FPL. Los niños son elegibles para Medicaid y los padres son elegibles para APTC. Los padres reciben un APTC y optan por inscribirse en un QHP de nivel plata. Los padres se deben asignar a la variación de QHP de nivel plata para familias con ingresos de 200 %-250 % del FPL si quieren aprovechar el beneficio de CSR.

**Ejemplo:** considere el mismo ejemplo, excepto que los padres optan por inscribirse en un QHP de nivel oro. Como resultado, no son elegibles para una CSR porque no están en un QHP de nivel plata.

## 2) Cambios en la elegibilidad para reducciones de costos compartidos

Si HealthSource RI notifica a una compañía de un cambio en la elegibilidad para CSR de un inscrito, la compañía debe cambiar la asignación del inscrito de manera que el inscrito se asigne al plan estándar aplicable o a la variación de plan como se indica bajo 45 C.F.R. § 156.410(b) desde la fecha de vigencia de la elegibilidad solicitada por HealthSource RI.<sup>165</sup>

En el caso de una asignación a un plan plata nuevo (o plan estándar sin reducciones de costos compartidos) del mismo QHP durante el curso del año de cobertura, la compañía debe asegurar que cualquier costo compartido pagado por el individuo o el hogar cubierto bajo variaciones de plan previas (planes de estándar sin reducciones de costos compartidos) aplicables a ese año de cobertura se calcule en el nuevo plan (o plan estándar sin reducciones de costos compartidos) con el objetivo de calcular los costos compartidos con base en el gasto agregado por el individuo/hogar cubierto, tales como para deducibles y limitaciones de gastos de bolsillo anuales en costos compartidos.<sup>166</sup> Es decir, si la elegibilidad para planes de reducción de costos compartidos cambia de un nivel a otro a mitad de año, cualquier contribución de bolsillo ya paga para los costos de salud, como el deducible, se trasladará entre los planes.

En el caso de una asignación a una nueva variación de plan plata (o plan estándar sin costos compartidos), la empresa deberá, en un plazo de 10 (diez) días hábiles, enviarle al individuo/hogar cubierto un aviso por escrito para explicarle los nuevos costos compartidos aplicables para el inscrito.

La compañía no deberá enviarle una nueva tarjeta de identificación de miembro al individuo/hogar cubierto para reflejar el nuevo costo compartido, excepto ante la renovación anual, durante la que cualquier elemento de costo compartido que aparezca en la tarjeta de identificación de miembro será diferente a la que aparecía el año anterior.

## 3) Reglas especiales

---

<sup>162</sup> 45 CFR 155.305(g)(C)(ii)

<sup>163</sup> 45 CFR 156.440

<sup>164</sup> 45 CFR 156.440

<sup>165</sup> 45 C.F.R. § 156.425(a)

<sup>166</sup> 45 C.F.R. 156.425(b)

Hay reglas especiales de CSR para no ciudadanos que están legalmente presentes y no son elegibles para Medicaid debido a su condición de inmigración, y para familias que incluyen individuos que califican para diferentes niveles de CSR.

**a) No ciudadanos legalmente presentes que no son elegibles para Medicaid debido a su condición de inmigración**

Los no ciudadanos legalmente presentes con un ingreso del hogar anual anticipado menor al 100 % del FPL que no son elegibles para Medicaid debido a su condición de inmigración son elegibles para CSR.<sup>167</sup> A fin de asignarlos a una variación de QHP de nivel plata, se los trata como si sus ingresos estuviesen dentro del rango de ingreso de 100-150 % del FPL y se asignan a la variación de QHP de nivel plata para familias en este rango.

**b) Regla especial para familias que incluyen individuos que califican para diferentes niveles de CSR**

En algunos casos, las familias que adquieran un plan de manera conjunta incluirán miembros que califican para diferentes niveles de CSR. Por ejemplo, una familia puede incluir tanto un miembro nativo como un miembro no nativo. En estos casos, se aplica una regla de “mínimo denominador común” bajo la cual la familia solo se puede inscribir en la variación de CSR disponible para el miembro que califica para la CSR menos generosa. Cuando al menos un miembro de la familia es completamente no elegible para una CSR, la familia deberá renunciar a una CSR si quiere adquirir una cobertura en conjunto.<sup>168</sup>

**Ejemplo:** considere una pareja con un ingreso familiar anual proyectado de 260 % del FPL en el que la mujer es miembro de una tribu y el esposo no. Si la pareja adquiere un QHP de manera conjunta, no podrían ser elegibles para cualquier CSR porque él no califica para una CSR.

**4) Población de nativos americanos o nativos de Alaska (AI/AN)**

Hay reglas de CSR especiales para nativos americanos y nativos de Alaska.<sup>169</sup> Un nativo americano es una persona que es miembro de una tribu india, una banda, una nación u otro grupo o comunidad organizada, incluye a los nativos de Alaska, que se reconocen como elegibles para programas especiales y servicios ofrecidos a los nativos.<sup>170</sup> La información sobre la verificación de la condición de nativo se puede encontrar en el capítulo 7.

**a) Sin obligación de costos compartidos para AI/AN < 300 % FPL**

Los solicitantes AI/AN que se inscriben en un QHP son elegibles para un APTC y tienen un ingresos familiar anual proyectado por debajo del 300 % del FPL podrían inscribirse en un QHP sin obligaciones de costos compartidos (conocidos como “plan de cero costos compartidos”).<sup>171</sup> A diferencia de otros individuos elegibles para CSR, los AI/AN no deben inscribirse en un plan QHP de nivel plata para calificar para una CSR. Se les permite inscribirse en un QHP de cualquier nivel y no tienen obligaciones de costos compartidos.<sup>172</sup>

<sup>167</sup> 26 CFR 1.36B-(c)(1)(B)

<sup>168</sup> 45 CFR 155.305(g)(3))

<sup>169</sup> 45 CFR 155.155.350; 45 CFR 156.410(b)(2)y(3))

<sup>170</sup> 25 USC § 450(b).

<sup>171</sup> 45 CFR 155.350(a)(ii)

<sup>172</sup> 45 CFR 155.350(a)(ii)(2)

## b) Obligación de costos compartidos limitados para todo el resto de AI/AN

Todos los otros solicitantes AI/AN (es decir, aquellos por sobre el 300 por ciento del FPL y aquellos que optan por solicitar un programa de asequibilidad de seguros) son automáticamente inscritos en la variación de “plan de costos compartidos limitados” (a menos que sean parte de una familia con no nativos, como se explica con anterioridad bajo la regla de la política de familia especial) para cualquier nivel de QHP que seleccionen.<sup>173</sup> Bajo un plan de costos compartidos limitados, los hogares no tienen obligación de costos compartidos por elementos o servicios prestados directamente por el Servicio Indígena de Salud, una tribu nativa, una organización tribal, o una organización nativa urbana o a través de derivación bajo contratación de servicios de salud.<sup>174</sup>

**Ejemplo:** un hogar AI/AN con un ingreso anual proyectado de 200 % del FPL se encuentra elegible para un APTC y elegible para CSR. Este hogar se inscribe en un QHP de nivel oro. Este hogar se asigna a la variación de QHP bronce de cero costos compartidos y no tiene obligaciones de costos compartidos.

**Ejemplo:** un hogar nativo americano tiene un ingreso proyectado de 500 % del FPL y se inscribe en un QHP de nivel oro. El hogar se asigna a una variación de QHP oro de costos compartidos limitados al cual no se le puede cobrar costos compartidos por utilizar servicios provistos por el Servicio Indígena de Salud y otros proveedores AI/AN seleccionados.

## E. Anexo

### 1) Anexo A. Tratamiento de incentivos de bienestar y contribuciones del empleador a las HRA y a las cuentas de ahorro para gastos médicos (HSA) al calcular el MV

Con la excepción de los programas de bienestar diseñados para prevenir o reducir el uso de tabaco, los incentivos de programas de bienestar no discriminatorios ofrecidos por un plan elegible patrocinado por el empleador no se calculan para determinar el porcentaje MV del plan (es decir, MV se determinará suponiendo que todos los empleados no satisfacen los requisitos del programa de bienestar). En circunstancias que impliquen programas de interrupción del tabaquismo, los incentivos se calculan para determinar el porcentaje MV del plan (es decir, MV se determinará suponiendo que cada empleado cumple con los requisitos del programa de bienestar).<sup>175</sup>

**Ejemplo:** considere a un empleador que ofrece una plan elegible patrocinado por el empleador con un programa de bienestar no discriminatorio que reduce las primas en \$300 para empleados que no consumen tabaco o que completan un curso de interrupción del tabaquismo. Las primas se reducen en \$200 si un empleado completa el examen de detección del colesterol dentro de los primeros seis meses del año del plan. Un empleado (Empleado A) no usa tabaco y el costo de sus primas es de \$3,700. Otro empleado (Empleado B) usa tabaco y el costo de sus primas es de \$4,000.

Solo los incentivos relacionados al consumo de tabaco se consideran al determinar el porcentaje del valor actuarial del plan. Por consiguiente, al empleado B se lo trata como si hubiese ganado el incentivo de \$300 por participar del curso de interrupción del tabaquismo. Por lo tanto, el deducible para determinar el porcentaje MV para

<sup>173</sup> 45 CFR 156.410(b)(3)

<sup>174</sup> 45 CFR 155.350(b); 45 CFR 156.410(b)(2)

<sup>175</sup> 26 CFR 1.36B-6(c)(2)(i)

ambos empleados, A y B es de \$3,700. El incentivo de \$200 por completar el examen de colesterol no se tiene en cuenta.<sup>176</sup>

Todas las contribuciones del empleador por el plan del año actual a una HSA serán tenidas en cuenta en ese año del plan para el porcentaje MV del plan (es decir, las contribuciones consideradas al determinar la porción de los costos del plan para MV y tratadas como montos disponibles para la cobertura desde el pago inicial).<sup>177</sup> De manera similar, los montos recientemente disponibles bajo una HRA integrada con un elegible patrocinado por el empleador se tienen en cuenta para ese año del plan para el porcentaje MV del plan siempre que los empleados solo puedan utilizar esos montos para reducir los costos compartidos (no pagar primas).<sup>178</sup>

**Tabla A-1 Aplicabilidad de incentivos/montos a primas para determinar MV**

<b>Programa de bienestar: sin interrupción del tabaquismo</b>	No. MV determinado suponiendo que el empleado no logra ganar el incentivo/completar el programa.
<b>Programa de bienestar: interrupción del tabaquismo</b>	Sí. MV determinado suponiendo que el empleado logre ganar el incentivo/completar el programa.
<b>Contribución del empleador a la HSA</b>	Sí.
<b>Contribución de HRA</b>	Sí, pero solo si los montos de HRA se pueden utilizar solo para costos compartidos reducidos.

## 2) Anexo B: Contribución para prima esperable por tamaño familiar

La contribución para prima esperable para hogares está sujeta a cambios cada año. Los porcentajes aplicables para la cobertura 2015 están disponibles en: [www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-14-37.pdf](http://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-14-37.pdf). Consulte en el sitio web del IRS la lista de los porcentajes aplicables más recientes.

<sup>176</sup> 26 CFR 1.36B-6(c)(2)(ii)

<sup>177</sup> 26 CFR 1.36B-6(c)(3)

<sup>178</sup> Propuesta 26 CFR 1.36B-6(c)(4)

## Capítulo 5: Conciliación de crédito fiscal anticipado para primas

### A. Descripción general de la conciliación de crédito fiscal anticipado para primas (APTC)

Como se examina en profundidad en el capítulo 4, los hogares con ingresos bajos y moderados pueden ser elegibles para recibir un crédito fiscal para primas por parte del gobierno federal para ayudar a bajar los costos de la adquisición de un plan de salud autorizado (QHP) a través de HealthSource RI.<sup>179</sup> Los créditos fiscales son subsidios ofrecidos por el gobierno federal directamente a las empresas de seguros médicos para ayudar a los individuos y a las familias a pagar las primas de los QHP. A pesar de que HealthSource RI determina la elegibilidad para APTC, HealthSource RI no administra los créditos fiscales directamente, ni tampoco HealthSource controla el monto de APTC que un individuo o familia pueda tomar. Quienes reciban esos créditos fiscales son responsables por el monto de APTC que eligen tomar por adelantado.

Los individuos elegibles pueden recibir el crédito fiscal para primas de manera mensual (llamado crédito fiscal anticipado para primas o APTC), al final del año fiscal cuando declaran sus impuestos federales, o mensualmente durante la temporada fiscal. Los clientes pueden tomar parte del crédito por anticipado y recibir el resto cuando presentan sus impuestos (un “enfoque combinado”).

Si un individuo recibe APTC, el Servicio de Impuestos Interno (IRS) lleva a cabo un proceso de conciliación para asegurar que el individuo haya recibido el monto adecuado de crédito fiscal.<sup>180</sup> El IRS compara el crédito fiscal para la prima que el individuo recibió por adelantado con el monto de crédito fiscal para la prima para el que era realmente elegible para recibir en función de sus ingresos.

Esta conciliación es obligatoria por ley<sup>181</sup> y está diseñada para asegurar que cualquier crédito fiscal recibido por adelantado, el cual se basa en ingresos esperables, coincida con la elegibilidad para crédito fiscal final del cliente, la cual es determinada por el IRS al final del año fiscal con el ingreso real generado en ese año calendario. Si el ingreso real de un cliente es más alto que su ingreso estimado, el cliente podría tener que devolver algo de esos créditos fiscales al gobierno federal; si el ingreso real de un cliente es menor a su ingreso estimado, el cliente podría recibir créditos fiscales adicionales en la temporada de impuestos.

Los individuos y las familias están obligados a informar cualquier cambio que pudiera hacer que el monto de su APTC cambie. Por ejemplo, los clientes deben alertar a HealthSource RI si cambian de trabajo, tienen un bebé, contraen matrimonio, se divorcian o atraviesan por un número de cambios. Sin embargo, algunos individuos pueden no siempre informar los cambios en tiempo y forma, incluso si lo hacen, puede ser que no siempre sea posible evitar la conciliación de créditos fiscales al final del año fiscal. Si HealthSource RI no está al tanto de un cambio en las circunstancias de un hogar, no puede recalcular su APTC, lo que aumenta el riesgo de que el hogar se vea obligado a deberle dinero al IRS al final del año fiscal.

Las reducciones de costos compartidos (CSR) no están sujetas a conciliación para individuos y no se comentan en este capítulo.

### B. Opción para recibir créditos fiscales para primas por adelantado

---

<sup>179</sup> 26 CFR § 1.36B-2(a)

<sup>180</sup> 26 CFR § 1.36B-4(a)(1)(i)-(ii)

<sup>181</sup> 26 CFR § 1.36B-4(a)(i)

Los individuos que califican para un crédito fiscal para primas pueden elegir entre recibir el crédito fiscal para primas en una de estas tres maneras:

- **APTC (Créditos fiscales anticipados para primas):** los clientes reciben estos créditos fiscales por adelantado cuando adquieren un QHP, y cada mes cuando corresponde el pago de una prima. Para los individuos que elijan recibir el crédito fiscal para primas por adelantado, el crédito fiscal se envía directamente desde el IRS a la compañía de seguro médico. Este enfoque le permite a los individuos recibir asistencia todos los meses en lugar de hacerlo al final del año cuando declaran impuestos. Cuando los individuos reciben un APTC, el monto de su crédito fiscal se basa en su ingreso estimado para el año imponible. Los individuos y las familias pueden elegir reducir el monto de crédito fiscal que reciben por adelantado para disminuir el riesgo de tener que devolver algo de ese crédito a fin de año.<sup>182</sup>
- **Crédito fiscal para primas:** los clientes reciben sus créditos fiscales al final del año imponible cuando presentan los impuestos federales sobre la renta. En esta instancia, el monto del crédito fiscal para las primas se calcula sobre la base del ingreso real del contribuyente, lo que hace innecesario llevar a cabo un proceso de conciliación.
- **Enfoque combinado:** en este caso, los individuos optan por recibir parte de su crédito fiscal para primas por adelantado en el formulario de APTC y el resto, si lo hubiese, al momento de declarar impuestos. Durante el proceso de inscripción en línea, quienes se inscriben tiene la oportunidad de utilizar una escala variable para seleccionar, entre su máxima elegibilidad, el monto de créditos fiscales que recibirán mensualmente. Los inscritos que seleccionan un monto de crédito fiscal por debajo de su elegibilidad máxima recibirán cualquier remanente de créditos fiscales al final del año fiscal.

**Ejemplo:** Bob presenta una solicitud para cobertura de salud y calcula que su ingreso anual será de 200 % del FPL. HealthSource RI encuentra a Bob elegible para \$3,752.00<sup>183</sup> en créditos fiscales.

Bob tiene tres opciones en el momento de completar la solicitud:

- (1) Recibir \$3,752 por adelantado (\$313 mensuales).
- (2) Recibir parte del monto por adelantado, por ejemplo \$1,876 por adelantado (\$156 mensuales), y los otros \$1,876, al final del año fiscal.
- (3) Recibir los \$3,752 al final del año fiscal.

Si el ingreso anual real de Bob al momento de la declaración de impuestos es diferente al que él había anticipado, el tamaño de su crédito fiscal para las primas se ajustará en consecuencia. Si elige recibir todo o parte de su crédito anticipado por adelantado, su declaración de impuestos estará sujeta a conciliación, lo que significa que devolverá parte del crédito fiscal pagado en su nombre.

## 1) Conciliar créditos fiscales anticipados para primas al final del año

Los contribuyentes deben conciliar todos los créditos fiscales para primas recibidos por adelantado, incluyendo los

<sup>182</sup> 45 CFR 155.310(d)(2)

<sup>183</sup> Todos los ejemplos de este capítulo se usan únicamente con fines ilustrativos. Es posible que las sumas no den resultados perfectos debido a que se redondea. Todos los ejemplos usan como punto de referencia una prima de \$5,200.

créditos que recibieron en nombre de los miembros de su familia.<sup>184</sup> El monto de crédito fiscal para primas final se calcula en función del ingreso real informado cuando los individuos declaran sus impuestos federales a la renta.<sup>185</sup> El IRS compara el monto de los APTC que los individuos recibieron con el crédito fiscal para primas para el que son elegibles en función de su ingreso real como se informó en sus impuestos federales a la renta.

Si los APTC recibidos durante el año son menores al monto del crédito fiscal para las primas para el que un individuo califica cuando declara los impuestos, el individuo recibirá la diferencia en forma de un crédito fiscal reembolsable.

Si el crédito fiscal para las primas por el año es mayor al monto del crédito fiscal para las primas para el que un individuo califica cuando declara los impuestos, el individuo deberá devolver los pagos anticipados excedentes con su declaración de impuestos.

**Ejemplo:** Sally solicita cobertura de salud y calcula que su ingreso anual será de \$35,000. Sally es elegible para un crédito fiscal para primas por \$2,000. Sally elige recibir los \$2,000 de crédito fiscal para primas por adelantado (\$166.66 mensuales), y eso reduce el monto que debe pagar en primas mensuales.

Al final del año, cuando Sally presenta su declaración de impuestos federales, su ingreso real es de \$28,000. En función de su ingreso real, Sally es elegible para un crédito fiscal de \$2,500. Como el crédito fiscal para primas que recibió Sally por adelantado fue de \$2,000, y ella en realidad califica para un crédito fiscal de \$2,500, Sally recibirá un reembolso fiscal de \$500 cuando presente su declaración de impuestos federales.

**Ejemplo:** Richard solicita cobertura de salud y calcula que su ingreso anual será de \$28,725 (250 % del FPL). Richard es elegible para un crédito fiscal para primas por \$2,888. Richard recibe el total de \$2,888 de crédito fiscal para primas por adelantado (\$240.64 mensuales), y eso reduce su prima mensual durante todo el año. Al final del año, cuando Richard presenta su declaración de impuestos federales, su ingreso real es de \$34,585 (301 % del FPL). En función de su ingreso real, Richard es elegible para un crédito fiscal de \$1,914. Como el crédito fiscal para primas que recibió Richard por adelantado fue de \$2,888, y el crédito fiscal para primas para el cual él es elegible al final del año es de \$1,914, Richard deberá devolver los \$974 de créditos fiscales para las primas excedentes que recibió por adelantado.

#### **a) Proceso de conciliación y formularios del IRS correspondientes**

**HealthSource RI enviará por correo el Formulario 1095-A del IRS, *Declaración del Mercado de Seguros Médicos a todos los clientes a principio del mes de febrero del año siguiente.***<sup>186</sup> Una vez que el formulario se envía, HealthSource RI también publicará una copia en PDF en la cuenta en línea de cada cliente, donde se puede descargar e imprimir. Los clientes deben guardar su formulario 1095-A con todos sus registros impositivos de manera que se pueda utilizar como una herramienta de referencia cuando deban realizar la declaración de impuestos.

El formulario 1095-A ofrece información necesaria para completar el formulario 8962 del IRS. Para cualquier año fiscal, los individuos o las familias que reciban pagos de crédito fiscal anticipado de cualquier monto (o que

<sup>184</sup> En general, puede consultar, 26 CFR 1.36B-4

<sup>185</sup> 26 CFR 1.36B-4(2)

<sup>186</sup> Consulte el apéndice del capítulo 5 para obtener una muestra del formulario de IRS 1095-A.

planean solicitar crédito fiscal para primas), deben llenar un formulario 8962, *Crédito fiscal para primas (PTC)*, y adjuntarlo a su devolución del impuesto federal de la renta por ese año.<sup>187</sup>

Los clientes que reciban los APTC utilizarán su devolución del impuesto federal para conciliar la diferencia entre los pagos de crédito anticipados realizados a su nombre y el monto real del crédito que tienen derecho a reclamar. Este requisito de presentación corresponde si un individuo debe presentar una devolución o no.

Si los clientes están inscritos en un seguro médico a través de HealthSource RI y optan por recibir crédito fiscal por adelantado para ayudar a pagar sus primas mensuales, el IRS utilizará el formulario 8962, junto con otra información en su declaración fiscal (como información sobre el ingreso y el tamaño de la familia) para asegurar que hayan recibido la cantidad correcta de crédito fiscal. Si reciben más en créditos fiscales de lo que se les debe, la diferencia se sumará a su vencimiento fiscal final o se restará de su reembolso. Si los clientes inscritos en el seguro médico a través de HealthSource RI sin un crédito fiscal ( es decir, pagan por la prima mensual completa), pueden utilizar el formulario 8962 para determinar si son elegibles para un crédito fiscal cuando presenten su declaración impositiva.

#### a) ¿Qué es el formulario 1095-A?

El formulario 1095-A es un formulario que los clientes utilizan para declarar sus impuestos. Deben guardarlo con todos sus registros impositivos de manera que se pueda utilizar cuando tengan que hacer su declaración. HealthSource RI elabora cada año el formulario 1095-A para cualquier individuo o familia inscrito en un seguro médico por cualquier período de tiempo. Contiene información sobre el seguro médico que los individuos y las familias reciben a través de HealthSource RI.

El formulario 1095-A consta de tres partes. La parte I proporciona información básica sobre los clientes y las fechas de comienzo y de finalización de su seguro médico. La parte II proporciona información sobre cada miembro del “hogar cubierto”, es decir, aquellos miembros de la familia que también reciben cobertura con la misma póliza. La parte III ofrece información por cada mes del año sobre lo siguiente:

- (1) El monto de la prima mensual del plan de salud que eligió el cliente.
- (2) El monto de la prima del Plan Plata con el segundo costo más bajo (SLCSP) disponible en el Intercambio.
- (3) El pago anticipado del crédito fiscal para primas pagado en nombre del cliente a la compañía de seguros médicos que ofrece su plan.

Si el cliente o un miembro de su hogar fiscal se inscribió en más de un plan de salud, **el cliente recibirá un formulario 1095-A para cada plan**. Los clientes deben utilizar todos los formularios 1095-A que reciban en los que figuren como “individuo cubierto” (en la parte II) para completar el formulario 8962.

**Se enviará el formulario 1095-A a la persona identificada como el contribuyente. HealthSource RI solo le enviará el formulario al contribuyente.**

Si un miembro del hogar de un cliente se inscribió en la cobertura de Medicaid, así haya sido solo por un mes, el cliente también recibirá un **1095-B**. Los 1095-B son controlados por Medicaid. Para obtener más información sobre su 1095-B consulte en <http://www.eohhs.ri.gov/> o si tiene preguntas sobre los impuestos en

---

<sup>187</sup> Consulte el apéndice del capítulo 5 para obtener una muestra del formulario de IRS 8962.

<https://www.irs.gov/uac/about-form-1095-b>

**b) El reembolso de impuestos está limitado a los individuos con ingresos menores al 400 % del FPL**

Los individuos que reciban un crédito fiscal anticipado para primas que sea mayor al monto del crédito fiscal para primas para el cual califican al final del año deben reembolsar el exceso cuando declaran sus impuestos.<sup>188</sup> Sin embargo, para los individuos con ingresos en su hogar menores al 400 % del FPL al final del año, el monto que debe ser reembolsado se limita en función del ingreso según el IRS. Hay información adicional disponible en: <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/questions-and-answers-on-the-premium-tax-credit>

**c) No hay límite en las obligaciones de reembolso para individuos con ingresos reales sobre el 400 % del FPL.**

Los individuos con ingresos imponibles sobre el 400 % del FPL no son elegibles para un crédito fiscal para primas. Si los individuos reciben los APTC sobre la base de un cálculo de que sus ingresos estarán por debajo del 400 % del FPL, deberán devolver todos los créditos fiscales anticipados para primas que hayan recibido durante el año si su ingreso imponible real al final del año es superior al 400 % del FPL. No hay límite en las obligaciones de reembolso para los individuos y las familias con este nivel de ingresos.<sup>189</sup> Consulte la publicación 974 del IRS para obtener más información.

**Ejemplo:** cuando Alice solicita cobertura, espera un ingreso anual en su hogar de 250 % del FPL. Alice recibe un crédito fiscal anticipado para primas de \$2,888 (\$241 mensuales). Al final del año, cuando Alice presenta su declaración de impuestos federales a la renta, el ingreso de su hogar es de 410 % del FPL. Alice debe devolver los \$2,888 cuando presente su declaración de impuestos federales a la renta al final del año.

**d) Regla para individuos con ingresos anuales en el hogar por debajo del 100 % del FPL al final del año**

En general, los individuos con ingresos por debajo del 100 % del FPL no son elegibles para un crédito fiscal para primas (ver capítulo 4).<sup>190,191</sup> Sin embargo, si un individuo anticipa que su ingreso anual lo calificará para un crédito fiscal para primas, pero al final del año los ingresos imponibles del individuo están por debajo del 100 % del FPL, no se requiere que el individuo devuelva el APTC. El individuo es elegible para el crédito fiscal para primas y, a fines de la conciliación, el monto del crédito fiscal se calcula con base en el ingreso real, como se refleja en la declaración de impuestos.<sup>192</sup> Consulte la publicación 974 del IRS para obtener más información.

**Ejemplo:** cuando Robert solicita cobertura, espera un ingreso anual en su hogar de 150 % del FPL. Robert es elegible para un crédito fiscal para primas por un monto de \$4,511 (\$376 mensuales) y elige recibirlo por adelantado. Al final del año, cuando Robert presenta su declaración de impuestos a la renta federales, el ingreso de su hogar es de 90 % del FPL, por lo que el ingreso del hogar del Robert está por debajo de 100 % del FPL. Robert no debe devolver el crédito fiscal para primas que recibió por adelantado.

**e) Tratamiento de los APTC recibidos durante un período de gracia**

<sup>188</sup> 26 CFR 1.36B-4(a)(3)

<sup>189</sup> 26 CFR 1.36B-4(a)(3)(ii)

<sup>190</sup> 26 CFR 1.36B-2(b)(6)

<sup>191</sup> Los inmigrantes presentes legalmente que no son elegibles para Medicaid debido a su condición de inmigración, y cuyos ingresos del hogar están por debajo del 100 % del FPL igualmente pueden ser elegibles para obtener un crédito fiscal para primas. Estos individuos deben estar presentes legalmente y deben reunir todos los demás criterios de elegibilidad para obtener un crédito fiscal para primas que corresponden a los individuos con ingresos iguales o superiores al 100 % del FPL. Consulte el capítulo 4 sobre la elegibilidad para APTC.

<sup>192</sup> 26 CFR 1.36B-2(b)(7)

Bajo las reglamentaciones federales, los individuos que hayan recibido los APTC y que hayan hecho un pago de primas inicial, pero luego no pagaron la prima mensual, se les otorga un período de gracia de tres meses.<sup>193</sup> Cuando los individuos no hayan pagado sus primas después de los tres meses, su cobertura puede ser cancelada de forma retroactiva al final del primero de esos tres meses. Los individuos deben devolver los créditos fiscales pagados en su nombre por el primer mes del período de gracia si no pagan su parte de la prima ese mes. Tenga en cuenta que el período de gracia solo corresponde para individuos que están inscritos en la cobertura pero que no realizaron los pagos de las primas.

### **C. Consecuencias de los cambios a mitad de año para la conciliación de APTC**

Los clientes tienen la obligación de informar a HealthSource RI cualquier cambio que pueda afectar a su elegibilidad para APTC que ocurra durante el año, como cambios en los ingresos, en el tamaño de la familia, el acceso a la cobertura esencial mínima o la condición fiscal. Los cambios se deben informar dentro de los 30 días de ocurridos.<sup>194</sup> Cuando se notifica a HealthSource RI de un cambio o cuando se identifica un cambio a través de la comparación de datos periódica con fuentes de datos externas, debe recalcular los ingresos del hogar y ajustar los APTC conforme a los requisitos del IRS. Al hacer eso, HealthSource RI reduce el riesgo de que los clientes enfrenten la obligación de reembolso al final del año fiscal.<sup>195</sup> Cuando los contribuyentes contraen matrimonio o se divorcian, se enfrentan a algunas reglas especiales de conciliación, descritas en la sección C-2 a continuación.

#### **1) Regla general para ajustar los APTC para reflejar los cambios a mitad de año**

Cuando un individuo solicita cobertura médica, brinda información sobre el monto de ingresos que su hogar prevé que ganará durante todo el año. Durante el curso del año, el ingreso o el tamaño de un hogar puede aumentar (por ejemplo, debido a un nuevo trabajo, baja en el tamaño de un hogar cuando un hijo se muda), o disminuir (por ejemplo, debido a la pérdida de un trabajo, o aumento en el tamaño del hogar luego de un nacimiento). Cuando estos cambios ocurren, HealthSource RI debe recalcular el ingreso y ajustar los APTC de un hogar.<sup>196</sup> Específicamente debe recalcular el APTC para reflejar lo siguiente: 1) el nuevo ingreso anual proyectado del hogar para el año fiscal, y 2) cualquier “sobrepago” o “pago incompleto” en el monto de los APTC recibidos a la fecha.

A continuación hay una lista no exhaustiva de los cambios informados por un hogar que hacen que HealthSource RI recalculen los APTC de un hogar:

- Un aumento o disminución en los ingresos.
- Alguien en la familia da a luz o adopta a un niño.
- Un dependiente que no se esperaba que tenga que declarar impuestos ahora debe hacerlo.
- Un matrimonio.
- Un divorcio.
- Un cambio en el acceso a la cobertura esencial mínima (MEC).

#### **2) Control de calidad de los datos de HealthSource**

---

<sup>193</sup> 26 CFR 1.36B-4(a)(iii); 45 CFR 156.270 (d)

<sup>194</sup> 45 CFR 155.330(b)

<sup>195</sup> 45 CFR 155.330(g)

<sup>196</sup> 45 CFR 155.330(e)(1)

Periódicamente, HealthSource RI lleva a cabo verificaciones de la calidad de los datos para asegurar que se aplique el plan de cobertura, las primas y los créditos fiscales correctos a todos los clientes de QHP. Esto es parte de nuestro compromiso para asegurar que los clientes realicen el mínimo de conciliaciones posible. Si se encuentra un error que afecta a uno o más de los sistemas de facturación, de inscripción y de operador, HSRI realizará el ajuste a las cuentas de los clientes para minimizar cualquier potencial de alteración de la cobertura. Esto puede dar como resultado una actualización en la elegibilidad del cliente, con el potencial de una factura mayor o menor. Cuando se produce una actualización en la cuenta de un cliente, recibirá un aviso actualizado que le informará sobre cualquier cambio en la elegibilidad o el costo del plan que pudiese haber ocurrido. Los clientes tienen derecho a apelar estas decisiones si no están de acuerdo, tal como se describe en el capítulo 9.

### **3) Regla especial para las parejas recién casadas**

Un matrimonio provoca un aumento en los ingresos debido a que la familia obtiene diversas fuentes de ingresos. Sin embargo, incluso si los individuos proyectaron sus propios ingresos con exactitud cuando aún estaban solteros e informaron sin demora su casamiento, pueden aún así enfrentar una obligación de reembolso de APTC al final del año fiscal. Para reducir este riesgo, el IRS le permite a las parejas recién casadas depender de un cálculo alternativo de su crédito fiscal para primas solo a fines de la conciliación, si el cálculo alternativo los beneficia.<sup>197</sup> Consulte la publicación 974 del IRS para obtener más información.

### **4) Regla especial para las parejas recién divorciadas**

Cuando las parejas se divorcian en el transcurso de un año y vuelven a estar solteros, deben decidir cómo asignarán los elementos clave del cálculo de APTC y el proceso de conciliación.<sup>198</sup> Por ejemplo, si reciben demasiado APTC, deben asignar la obligación de reembolso a ambos. De forma similar, a los fines de la conciliación, deben asignar la prima para el plan de referencia aplicable y la prima para el plan en el cual estaban inscritos (como se discute en el capítulo 4, estos dos factores son un componente clave de la fórmula que determina el tamaño de los créditos fiscales para primas). Consulte la publicación 974 del IRS para obtener más información.

---

<sup>197</sup> 26 CFR 1.36B-4(b)(2)

<sup>198</sup> 26 CFR 1.36B-4(b)(3)

D. **Anexo**

**Formulario 1095-A del IRS de muestra**

Form **1095-A**

**Health Insurance Marketplace Statement**

OMB No. 1545-2232

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

► Information about Form 1095-A and its separate instructions  
is at [www.irs.gov/form1095a](http://www.irs.gov/form1095a).

CORRECTED

**2014**

**Part I Recipient Information**

1 Marketplace identifier	2 Marketplace-assigned policy number	3 Policy issuer's name		
4 Recipient's name		5 Recipient's SSN	6 Recipient's date of birth	
7 Recipient's spouse's name		8 Recipient's spouse's SSN	9 Recipient's spouse's date of birth	
10 Policy start date	11 Policy termination date	12 Street address (including apartment no.)		
13 City or town	14 State or province	15 Country and ZIP or foreign postal code		

**Part II Coverage Household**

	A. Covered Individual Name	B. Covered Individual SSN	C. Covered Individual Date of Birth	D. Covered Individual Start Date	E. Covered Individual Termination Date
16					
17					
18					
19					
20					

**Part III Household Information**

Month	A. Monthly Premium Amount	B. Monthly Premium Amount of Second Lowest Cost Silver Plan (SLCSP)	C. Monthly Advance Payment of Premium Tax Credit
21 January			
22 February			
23 March			
24 April			
25 May			
26 June			
27 July			
28 August			
29 September			
30 October			
31 November			
32 December			
33 Annual Totals			

For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions.

Cat. No. 60703Q

Form **1095-A** (2014)

**2. Formulario 8962 del IRS de muestra**

Form **8962**

**Premium Tax Credit (PTC)**

OMB No. 1545-0074

Department of the Treasury  
Internal Revenue Service

▶ Attach to Form 1040, 1040A, or 1040NR.  
▶ Information about Form 8962 and its separate instructions is at [www.irs.gov/form8962](http://www.irs.gov/form8962).

**2014**  
Attachment  
Sequence No. **73**

Name shown on your return

Your social security number

Relief  
(see instructions)

**Part 1: Annual and Monthly Contribution Amount**

<b>1</b>	Family Size: Enter the number of exemptions from Form 1040 or Form 1040A, line 6d, or Form 1040NR, line 7d . . . . .	<b>1</b>	
<b>2a</b>	Modified AGI: Enter your modified AGI (see instructions) . . . . . <b>2a</b>	<b>b</b>	Enter total of your dependents' modified AGI (see instructions) . . . . . <b>2b</b>
<b>3</b>	Household Income: Add the amounts on lines 2a and 2b . . . . .	<b>3</b>	
<b>4</b>	Federal Poverty Line: Enter the federal poverty amount as determined by the family size on line 1 and the federal poverty table for your state of residence during the tax year (see instructions). Check the appropriate box for the federal poverty table used. <b>a</b> <input type="checkbox"/> Alaska <b>b</b> <input type="checkbox"/> Hawaii <b>c</b> <input type="checkbox"/> Other 48 states and DC	<b>4</b>	
<b>5</b>	Household Income as a Percentage of Federal Poverty Line: Divide line 3 by line 4. Enter the result rounded to a whole percentage. (For example, for 1.542 enter the result as 154, for 1.549 enter as 155.) (See instructions for special rules.)	<b>5</b>	%
<b>6</b>	Is the result entered on line 5 less than or equal to 400%? (See instructions if the result is less than 100%.) <input type="checkbox"/> <b>Yes. Continue to line 7.</b> <input type="checkbox"/> <b>No.</b> You are not eligible to receive PTC. If you received advance payment of PTC, see the instructions for how to report your Excess Advance PTC Repayment amount.		
<b>7</b>	Applicable Figure: Using your line 5 percentage, locate your "applicable figure" on the table in the instructions . . . . .	<b>7</b>	
<b>8a</b>	Annual Contribution for Health Care: Multiply line 3 by line 7 . . . . . <b>8a</b>	<b>b</b>	Monthly Contribution for Health Care: Divide line 8a by 12. Round to whole dollar amount <b>8b</b>

**Part 2: Premium Tax Credit Claim and Reconciliation of Advance Payment of Premium Tax Credit**

**9** Did you share a policy with another taxpayer or get married during the year and want to use the alternative calculation? (see instructions)  
 **Yes.** Skip to Part 4, Shared Policy Allocation, or Part 5, Alternative Calculation for Year of Marriage.  **No. Continue to line 10.**

**10** Do all Forms 1095-A for your tax household include coverage for January through December with no changes in monthly amounts shown on lines 21-32, columns A and B?  
 **Yes. Continue to line 11.** Compute your annual PTC. Skip lines 12-23  **No. Continue to lines 12-23.** Compute your monthly PTC and continue to line 24.

Annual Calculation	A. Premium Amount (Form(s) 1095-A, line 33A)	B. Annual Premium Amount of SLCSP (Form(s) 1095-A, line 33B)	C. Annual Contribution Amount (Line 8a)	D. Annual Maximum Premium Assistance (Subtract C from B)	E. Annual Premium Tax Credit Allowed (Smaller of A or D)	F. Annual Advance Payment of PTC (Form(s) 1095-A, line 33C)
<b>11</b> Annual Totals						
Monthly Calculation	A. Monthly Premium Amount (Form(s) 1095-A, lines 21-32, column A)	B. Monthly Premium Amount of SLCSP (Form(s) 1095-A, lines 21-32, column B)	C. Monthly Contribution Amount (Amount from line 8b or alternative marriage monthly contribution)	D. Monthly Maximum Premium Assistance (Subtract C from B)	E. Monthly Premium Tax Credit Allowed (Smaller of A or D)	F. Monthly Advance Payment of PTC (Form(s) 1095-A, lines 21-32, column C)
<b>12</b> January						
<b>13</b> February						
<b>14</b> March						
<b>15</b> April						
<b>16</b> May						
<b>17</b> June						
<b>18</b> July						
<b>19</b> August						
<b>20</b> September						
<b>21</b> October						
<b>22</b> November						
<b>23</b> December						

<b>24</b>	Total Premium Tax Credit: Enter the amount from line 11E or add lines 12E through 23E and enter the total here . . . . .	<b>24</b>	
<b>25</b>	Advance Payment of PTC: Enter the amount from line 11F or add lines 12F through 23F and enter the total here . . . . .	<b>25</b>	
<b>26</b>	Net Premium Tax Credit: If line 24 is greater than line 25, subtract line 25 from line 24. Enter the difference here and on Form 1040, line 69; Form 1040A, line 45; or Form 1040NR, line 65. If you elected the alternative calculation for marriage, enter zero. If line 24 equals line 25, enter zero. Stop here. If line 25 is greater than line 24, leave this line blank and continue to line 27 . . . . .	<b>26</b>	

**Part 3: Repayment of Excess Advance Payment of the Premium Tax Credit**

<b>27</b>	Excess Advance Payment of PTC: If line 25 is greater than line 24, subtract line 24 from line 25. Enter the difference here . . . . .	<b>27</b>	
<b>28</b>	Repayment Limitation: Using the percentage on line 5 and your filing status, locate the repayment limitation amount in the instructions. Enter the amount here . . . . .	<b>28</b>	
<b>29</b>	Excess Advance Premium Tax Credit Repayment: Enter the smaller of line 27 or line 28 here and on Form 1040, line 46; Form 1040A, line 29; or Form 1040NR, line 44 . . . . .	<b>29</b>	

For Paperwork Reduction Act Notice, see your tax return instructions.

Cat. No. 37784Z

Form **8962** (2014)

## Capítulo 6: Elegibilidad para MAGI Medicaid

### A. Resumen de elegibilidad para MAGI Medicaid

Este capítulo ofrece un breve resumen de las reglas para determinar la elegibilidad para Medicaid. Los individuos siempre deben consultar las Reglas y regulaciones de Medicaid más actualizado<sup>199</sup>, la información más certera sobre las reglas de elegibilidad para Medicaid. **Las reglas de elegibilidad para Medicaid son establecidas por la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS), no por HealthSource RI. HealthSource RI no es la fuente adecuada para consultar las reglas concernientes a la elegibilidad para Medicaid o de las actualizaciones más recientes de esas reglas.**

Medicaid ofrece cobertura de salud a niños, adultos, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidades que cumplan con los estándares de residencia, ciudadanía, inmigración y financieros de elegibilidad.<sup>200</sup> Este capítulo se enfoca en la elegibilidad para Medicaid de niños, adultos y mujeres embarazadas cuya elegibilidad se base en el Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI). Para ser elegible para MAGI Medicaid, una familia debe cumplir con los requisitos técnicos,<sup>201</sup> cooperativos<sup>202</sup>, característicos<sup>203</sup>, y financieros del programa<sup>204</sup>. Consulte la versión más reciente de las Reglas y regulaciones de Medicaid para obtener más información sobre la elegibilidad para Medicaid.

HealthSource RI adhiere a un política de “puertas abiertas” para asegurar que cualquier residente elegible de Rhode Island pueda contactarse con HealthSource RI para obtener información y asistencia sobre su potencial elegibilidad para MAGI Medicaid o QHP con o sin asistencia financiera.

### B. Grupos de cobertura

La elegibilidad para MAGI Medicaid se determina mediante reglas que gobiernan grupos específicos de cobertura. Un grupo de cobertura es una clasificación de individuos potencialmente elegibles para recibir los beneficios de Medicaid. Hay varios grupos de cobertura. Un individuo debe cumplir con todos los requisitos de al menos un grupo de cobertura para ser elegible para MAGI Medicaid. Consulte la versión más reciente de las Reglas y regulaciones de Medicaid para obtener más información sobre los grupos de cobertura y los estándares financieros para la elegibilidad para Medicaid.

Por lo general, existen los siguientes grupos de cobertura:

- Padres y familiares cuidadores.
- Mujeres embarazadas.
- Bebés y niños.
- Grupo adulto: los individuos pueden estar cubiertos en este grupo si:
  - Tienen entre 19 y 64 años.

---

<sup>199</sup> disponible en el enlace: <http://www.eohhs.ri.gov/>

<sup>200</sup> Para obtener una descripción general de los seguros médicos patrocinados por el gobierno disponibles en Rhode Island, consulte las Reglas y regulaciones de Medicaid, Cap. 0300.

<sup>201</sup> Consulte las Reglas y regulaciones de Medicaid, 0300.25.05

<sup>202</sup> Consulte las Reglas y regulaciones de Medicaid, 0300.25.15

<sup>203</sup> Consulte las Reglas y regulaciones de Medicaid, 0300.25.10

<sup>204</sup> Consulte las Reglas y regulaciones de Medicaid, 0300.25.20

- No están embarazadas.
- No califican o están inscritos en los beneficios de Medicare parte A o B.
- De otro modo no son elegibles o están inscritos en otro grupo de cobertura.
- Tienen un ingreso familiar que se encuentra o está por debajo del 133 por ciento del nivel federal de pobreza (FPL).<sup>205,206</sup>

## C. Determinar la elegibilidad para MAGI Medicaid

### 1) Composición y tamaño del hogar

EOHHS identifica si un solicitante cumple con los criterios de elegibilidad para MAGI Medicaid, primero al determinar qué miembros de la familia solicitante se consideran parte de su hogar.<sup>207</sup> Luego de determinar el hogar, EOHHS puede determinar el ingreso del hogar y compararlo con el FPL para un hogar del tamaño correspondiente. Hay algunas diferencias notables en las reglas utilizadas para la elegibilidad para Medicaid en comparación con la elegibilidad para asistencia financiera para inscritos en QHP.

Primero, hay un número de circunstancias específicas en las que las reglas sobre la composición de un hogar Medicaid son diferentes a las reglas de APTC/CSR. Segundo, las reglas de un hogar Medicaid son específicas para cada **individuo** en una familia o en un hogar. Por ejemplo, un adulto en una familia puede tener un hogar Medicaid diferente al del niño con quien vive. Por el contrario, cada persona que es parte de un hogar contribuyente a fines de la elegibilidad para APTC/CSR se considera como con el mismo hogar y el mismo ingreso del hogar.<sup>208</sup> Consulte la versión más reciente de las Reglas y regulaciones de Medicaid para obtener información más específica sobre las reglas de composición de los hogares para Medicaid.

### 2) Ingresos del hogar

Para poder ser elegible para MAGI Medicaid, el ingreso mensual actual del solicitante debe alcanzar ciertos límites de ingresos. Así como sucede con la elegibilidad para APTC y CSR; Medicaid también confía en la medición de los ingresos basada en el IRS conocida como “Ingreso bruto ajustado modificado”<sup>209</sup> con algunas modificaciones<sup>210</sup>. Dicho esto, hay una diferencia sustancial al evaluar los ingresos para Medicaid en comparación con la elegibilidad para APTC/CSR. Mientras que HealthSource RI determina la elegibilidad para APTC/CSR al utilizar el ingreso estimado anual, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos utiliza **el ingreso** mensual actual para determinar la elegibilidad para Medicaid.<sup>211</sup> Consulte la versión más reciente de las Reglas y regulaciones de Medicaid para obtener más información sobre los estándares financieros para la elegibilidad para Medicaid, incluyendo lo siguiente:

- Los ingresos de quienes se contabilizan.

<sup>205</sup> Bajo la ley federal, los adultos cubiertos según 42 CFR 119 pueden incluir a los padres y a los parientes cuidadores con ingresos por encima del límite establecido para el grupo de padres y parientes cuidadores según 42 CFR 435.110 y debajo del 133 % del FPL. No obstante, dado que el límite de ingresos de Rhode Island para el grupo de padres y parientes cuidadores según 42 CFR 435.110 es 133 % del FPL, la cobertura según 42 CFR 119 está limitada, en la práctica, a adultos sin hijos dependientes.

<sup>206</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid Cap. 1305.13.01(B)(1)(a)(i), 42 CFR 119

<sup>207</sup> 42 CFR 435.603(f)

<sup>208</sup> 42 CFR 435.603(f)

<sup>209</sup> 42 CFR 435.603(e)

<sup>210</sup> 42 CFR 435.603(e)

<sup>211</sup> 42 CFR 435.603(h)

- Qué cuenta como ingreso del hogar.
- Qué cuenta como MAGI del hogar a fines de evaluar la elegibilidad para Medicaid.

## **Capítulo 7: Verificación de elegibilidad para programas de asequibilidad de seguro médico**

### **A. Resumen del proceso de verificación para determinar la elegibilidad**

#### **1) Certificación de elegibilidad**

Los individuos que solicitan Medicaid, Rite Care, o un plan de salud autorizado, con o sin ayuda financiera, deben completar una única solicitud simplificada. Esta solicitud contiene información básica sobre todos los miembros del hogar que solicitan el seguro médico de manera que HealthSource RI, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS) y el Departamento de Servicios Humanos (DHS) puedan determinar la elegibilidad del hogar para una cobertura de seguro médico. Los solicitantes deben brindar la siguiente información sobre todos los miembros del hogar que solicitan la cobertura:

- Nombre.
- Composición del hogar.
- Número de seguro social (del jefe del hogar o de cualquier solicitante que lo posea).
- Residencia.
- Ingreso bruto ajustado modificado (MAGI).
- Ciudadanía y condición de inmigración.
- Fecha de nacimiento.
- Encarcelamiento.
- Si los solicitantes son elegibles para otros seguros médicos (incluyendo la cobertura esencial mínima [MEC] provista por el estado, incluyendo Medicare).

#### **2) Validación de la identidad**

##### **a. Descripción general**

La validación de identidad es el proceso de confirmar la identidad del solicitante. HealthSource RI verifica la identidad del solicitante al utilizar un servicio provisto por Experian. Experian ayuda a HealthSource RI a realizar preguntas específicas sobre los solicitantes, sobre su historia personal y financiera, tales como domicilios o trabajos previos. Estas preguntas son lo suficientemente específicas como para que solo el solicitante pueda saber las respuestas. La validación de identidad es un paso obligatorio previo a que HSRI pueda utilizar fuentes de datos electrónicos para verificar la elegibilidad del solicitante para cobertura o ayuda financiera. Está destinado a evitar que una persona no autorizada cree una cuenta y solicite cobertura de salud sin que el solicitante lo sepa.

Se le puede pedir al solicitante que presente documentos para verificar su identidad. Los documentos aceptables se enumeran en el cuadro de Identidad en el capítulo 7, sección F.

##### **b. ¿Quiénes deben completar la validación de identidad?**

La validación de identidad es obligatoria para el contacto principal de la cuenta que solicita cobertura para sí mismo o en nombre de su familia. A otros individuos mencionados en la solicitud, que no sean el contacto principal de la cuenta, no se les valida la identidad. Si el cliente presenta una solicitud en papel, debe ingresar a una cuenta en línea y completar la validación de identidad antes de poder acceder a la solicitud en línea. Los individuos pueden completar la validación de identidad en línea o utilizar asistencia del centro de atención. Los consejeros de solicitudes certificados no pueden completar la validación de identificación en nombre del solicitante.

### c. ¿Qué sucede si un cliente no puede completar la validación de identidad en línea?

El solicitante puede llamar al centro de atención sin cita previa y pedir una validación de identificación manual o presentarse en el centro de atención directa con su identificación.

### 3) Verificación de base de datos

HealthSource RI intentará verificar la información personal del solicitante (tales como, el número de seguro social, la ciudadanía y la condición de inmigración) al compararla con diversas fuentes de datos estatales y federales cuando estén disponibles.<sup>212</sup> Para obtener más información, consulte las políticas de solicitudes de HealthSource RI en [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com).

En la mayoría de los casos, un solicitante deberá brindar información personal para que HealthSource RI determine la elegibilidad del solicitante para la cobertura de salud y la ayuda financiera. Si esta información personal no se puede verificar, HealthSource RI no le permitirá al solicitante inscribirse en un plan de salud autorizado (QHP) o le ofrecerá una “elegibilidad condicional”; que le permite al solicitante continuar con su solicitud, inscribirse en la cobertura pero con la condición de que el solicitante presente más documentos a corto plazo.<sup>213</sup>

HSRI realiza una revisión mensual de las cuentas que no han presentado la documentación necesaria a la fecha límite. Si esos documentos no se presentan a tiempo, **HSRI cancelará la asistencia financiera o la cobertura del cliente**, dependiendo de cuáles documentos falten.

Las políticas y los procedimientos de verificación difieren entre los solicitantes que piden ayuda financiera y aquellos que no. Si las fuentes de datos coinciden con la declaración del solicitante, o si el ingreso presentado del solicitante se considera “razonablemente compatible”<sup>214</sup> como lo determinó la ACA con las fuentes de datos disponibles, la elegibilidad de la persona se basará en la información declarada por el solicitante. Si las fuentes de datos **no** demuestran una “compatibilidad razonable” con la declaración, HealthSource RI le pedirá al cliente que presente documentación para ayudar a reconciliar las discrepancias entre la declaración y las fuentes de datos. Reconocemos que muchos clientes tienen ingresos fluctuantes a lo largo del año. Debido a esa fluctuación, le ofrecemos a los clientes la oportunidad de explicar esa diferencia de ingresos o de presentar recibos de nómina.

Cuando un cliente presenta una solicitud, HSRI verifica la información que brinda el solicitante y la compara con diversas fuentes de datos estatales y federales. Si la información encontrada en las fuentes de datos no coincide con la información provista por un cliente, un aviso de la elegibilidad del cliente dirá que el cliente se encuentra

---

<sup>212</sup> 45 CFR 155.315

<sup>213</sup> 45 CFR 155.315(f)(4)(1)

<sup>214</sup> 45 CFR § 155.320(c)(1)(v)

“condicionalmente elegible” e incluirá una solicitud de información. La fecha límite para la documentación figura en el aviso. HSRI toma medidas sobre las cuentas que no han respondido a la solicitud a tiempo. Se le enviará a los clientes una advertencia sobre las acciones de la cuenta al menos 30 días antes de tomar cualquier medida. Según la información que deba verificar HSRI, los clientes pueden perder acceso a la ayuda financiera o perder su cobertura si no responden con la información solicitada a tiempo.

Por ejemplo, no presentar a tiempo información sobre la condición de inmigración puede ocasionar la pérdida de la cobertura, mientras que no presentar información sobre los ingresos anuales de un cliente puede ocasionar la eliminación de créditos fiscales o un cambio de una plan CSR a un plan no CSR.

#### **a. Explicación razonable**

Si HealthSource RI determina que la explicación del solicitante sobre la discrepancia entre sus ingresos informados y los datos provenientes de fuentes de datos externas es razonable, la determinación final de la elegibilidad se basará en la declaración presentada. Si la explicación del solicitante no se determina como razonable para resolver la discrepancia, el solicitante deberá presentar documentación para reconciliar esa discrepancia.

#### **b. El proceso de verificación y la elegibilidad condicional**

Cuando los solicitantes informan un nivel de ingresos que calificaría a su hogar para obtener ayuda financiera, pero ese ingreso no se puede verificar mediante fuentes de datos externas, los solicitantes recibirán elegibilidad condicional, lo que implica que tienen 90 días para presentar la documentación satisfactoria para verificar sus ingresos.<sup>215</sup> Durante este período de 90 días, los clientes reciben cobertura y asistencia financiera condicional.<sup>216</sup> Este período de 90 días se trata con mayor profundidad en la sección E de este capítulo.

Si los solicitantes no cumplen con los pasos solicitados para verificar su información personal, la elegibilidad condicional finalizará luego de este período de 90 días.<sup>217</sup> Además, los solicitantes podrían tener que devolver los créditos fiscales abonados a su nombre durante este período.<sup>218</sup>

#### **c. Determinación de la elegibilidad**

Si el solicitante presenta la documentación a tiempo, la elegibilidad del solicitante se basará en la documentación presentada.<sup>219</sup> Si el solicitante no ofrece documentación de los ingresos satisfactoria dentro de los 90 días, y al solicitante no se le ofrece una extensión de buena fe,<sup>220</sup> entonces la elegibilidad final del solicitante se basará en las fuentes de datos disponibles.

### **B. Comparación de datos**

---

<sup>215</sup> 45 CFR 155.315(f)(2)(ii)

<sup>216</sup> 45 CFR 155.315(f)(4)

<sup>217</sup> 45 CFR 155.315(f)(5)

<sup>218</sup> 45 CFR 155.315(f)(4)(ii)

<sup>219</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island, § 1308. 06

<sup>220</sup> 45 CFR § 155.315(f)(3)

## 1) Descripción general de la comparación de datos

HealthSource RI intentará verificar la información sobre la elegibilidad del solicitante a través de una variedad de fuentes de datos estatales y federales.<sup>221</sup> Por ejemplo, el ingreso será verificado con los datos de ingresos provistos por el IRS, la agencia de recolección de nómina estatal y de desempleo. Los números de seguro social, la edad y la ciudadanía se compararán con los datos de la Administración de Seguro Social. La condición de inmigración se verificará con los datos del Departamento de Seguridad Nacional. HealthSource RI aceptará una autodeclaración para algunos factores de elegibilidad, tales como residencia o embarazo (excepto cuando la declaración no es razonablemente compatible con la información disponible).<sup>222</sup> Para estos factores de elegibilidad, HealthSource RI no verificará la declaración de solicitante con las fuentes de datos estatales o federales a menos que dicha declaración no sea razonablemente compatible con la información disponible para HealthSource RI.<sup>223</sup>

Los clientes deben darle permiso a HealthSource RI para obtener, utilizar y compartir información confidencial en cumplimiento con las políticas de solicitud de HealthSource RI. HealthSource RI debe recibir este consentimiento para determinar si un solicitante es elegible para ayuda financiera. Sin embargo, los clientes que no acepten firmar este consentimiento y ya son elegibles para otros beneficios o programas obtendrán igual el acceso a esos servicios.

Para obtener más información, consulte las políticas de solicitudes de HealthSource RI disponibles en [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com).

### C. Los estándares de compatibilidad razonable para ingresos

#### 1) Descripción general de los estándares de compatibilidad razonable

Las determinaciones de elegibilidad para personas se deben basar, en la medida de lo posible, sobre autodeclaraciones que luego se verificarán con la información obtenida de fuentes de datos electrónicas federales y estatales.<sup>224</sup> Cuando la información obtenida a través de estas fuentes de datos electrónicas es razonablemente compatible con la declaración de una persona, la declaración se considera verificada y será utilizada por HealthSource RI.

La siguiente Tabla 2 resume los estándares de compatibilidad razonable de Rhode Island. Estos se detallan en profundidad a continuación.

**Tabla 2. Resumen de los estándares de compatibilidad razonable de Rhode Island**

Argumento de la declaración y los datos	Estándar de compatibilidad razonable
a. Tanto la declaración como los datos están por debajo de los niveles de elegibilidad de Medicaid.	Razonablemente compatible: La persona es elegible para Medicaid.
b. Tanto la declaración como los datos están por encima de los niveles de elegibilidad de Medicaid.	Razonablemente compatible: La persona no es elegible para Medicaid y se la evalúa para APTC y CSR.

<sup>221</sup> 45 CFR 155.320(a)-(f); 42 CFR 435.948(a)-(f); 42 CFR. 435.949(a)-(b); Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island, § 1303.05.01

<sup>222</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island, § 1308.04

<sup>223</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island, § 1308.04.02-03

<sup>224</sup> 45 CFR 155.320(a)-(f); 42 CFR 435.945(a)-(b).

c. La declaración está por debajo de los datos y la diferencia entre la declaración y los datos es menor al 25 % y no mayor a \$6,000. <sup>225</sup>	Razonablemente compatible: Elegibilidad con base en la declaración.
d. La declaración está por debajo de los datos y la diferencia entre la declaración y los datos es mayor al 25 % o a \$6,000. <sup>226</sup>	No razonablemente compatible: busque reconciliar la discrepancia conforme a los procesos indicados en la sección A de este capítulo.

## 2) Tanto la declaración como los datos están por debajo de los niveles de elegibilidad de Medicaid.

La declaración y las fuentes de datos son razonablemente compatibles si la diferencia o discrepancia no afecta a la elegibilidad del solicitante. En otras palabras, incluso si hay una diferencia entre lo que una persona dice que gana o que espera ganar y lo que muestran los datos, los datos se consideran razonablemente compatibles con la declaración si tanto la declaración como los datos se encuentran por debajo de los niveles de elegibilidad de Medicaid.

## 3) Tanto la declaración como los datos están por encima de los niveles de elegibilidad de Medicaid

La declaración y las fuentes de datos son razonablemente compatibles si ambas se encuentran por encima de los niveles de elegibilidad de Medicaid. Bajo esas circunstancias, la persona sería no elegible para Medicaid y se evaluaría su elegibilidad para crédito fiscal anticipado para primas (APTC) y reducciones de costos compartidos (CSR).

**Ejemplo:** un solicitante declara que gana \$18,000 por año y los datos muestran que esa persona ganó \$20,000 al año. Tanto la declaración como los datos están por encima de la elegibilidad de Medicaid y se consideran razonablemente compatibles para la elegibilidad de Medicaid. La persona se considera no elegible para Medicaid. Se evaluará su elegibilidad para APTC/CSR y debe verificar los ingresos.

## 4) La declaración está por debajo de los datos y la diferencia entre la declaración y los datos es menor al 25 %

Una declaración de elegibilidad de ingresos y fuentes de datos se considera razonablemente compatible si la diferencia entre la declaración del solicitante y las fuentes de datos es menor al 25 % (mientras que la diferencia no sea mayor a \$6,000).<sup>227</sup> Cuando los datos obtenidos por HealthSource RI se consideran razonablemente compatibles con la declaración del solicitante, no se necesita más verificación (incluyendo documentación) y la elegibilidad de la persona se basará en su declaración.

**Ejemplo:** El solicitante declara un ingreso anual de \$25,000. HealthSource RI contrasta la declaración del individuo con las fuentes de datos y muestra un ingreso de \$27,000. La diferencia entre el ingreso que declaró el individuo y las fuentes de datos es razonablemente compatible; la diferencia es menor al 25 %, por lo tanto no se necesita más verificación de ingresos.

<sup>225</sup> “Una declaración de ingresos y de datos de fuentes electrónicas se considera razonablemente compatible si la diferencia entre la confirmación del solicitante y las fuentes de datos es menor que el 10 %”; [consulte las](#) Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island, §1308.06.03

<sup>226</sup> “Una declaración de ingresos y de datos sobre fuentes de ingresos no se considera razonablemente compatible si la diferencia entre la confirmación del solicitante y las fuentes de datos es menor que el 10 %”; [consulte las](#) Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island, §1308.06.04

<sup>227</sup> Departamento de Salud y Servicios Sociales; Centro de Información del Consumidor y Supervisión de los Seguros “Preguntas frecuentes sobre el límite de ajuste anual de ingresos” - 21 de julio de 2016

**5) La declaración está por debajo de los datos y la diferencia entre la declaración y los datos es mayor al 25 %.**

Una declaración de elegibilidad de ingresos y fuentes de datos se considera no razonablemente compatible si la diferencia entre la declaración del solicitante y las fuentes de datos es mayor al 10 %.<sup>228</sup>

**Ejemplo:** El solicitante declara un ingreso anual de \$25,000. HealthSource RI contrasta la declaración del individuo con las fuentes de datos y muestra un ingreso anual de \$ 52,000. La diferencia entre el ingreso que declaró el individuo y las fuentes de datos no es razonablemente compatible porque la diferencia es mayor al 25 %, el individuo deberá verificar sus ingresos.

**D. Explicaciones razonables para la inconsistencias en los ingresos**

Cuando HealthSource RI encuentra que la declaración de ingresos de un solicitante no es razonablemente compatible con las fuentes de datos disponibles, HealthSource RI puede aceptar una explicación razonable.<sup>229</sup> El siguiente cuadro es una lista no exhaustiva de explicaciones aceptables cuando existe una discrepancia entre una declaración de ingresos y las fuentes de datos. Si el solicitante ofrece una de estas explicaciones, la elegibilidad del solicitante se basará en su declaración y no se profundizará en la verificación del solicitante. Por lo general, para que una explicación sea razonable, debe estar relacionada con una circunstancia excepcional de la vida que produzca un cambio sustancial de los ingresos. Vea la siguiente lista de explicaciones razonables para una discrepancia en los ingresos.

<b>Explicaciones razonables para una discrepancia en los ingresos<sup>230</sup></b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Pérdida del empleo.</b></li><li>• <b>Disminución en las horas/los salarios percibidos.</b></li><li>• <b>Trabajador independiente.</b></li><li>• <b>No realiza la declaración de impuestos.</b></li><li>• <b>Aún no ha realizado la declaración de impuestos</b></li><li>• <b>Estar sin vivienda.</b></li><li>• <b>Víctima de violencia doméstica.</b></li><li>• <b>Víctima de un desastre natural.</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Fuentes de ingresos fluctuantes o inconsistentes.</b></li><li>• <b>Ingresos por utilidades de capital.</b></li><li>• <b>Ingresos por dividendos.</b></li><li>• <b>Ingresos por regalías.</b></li><li>• <b>Trabajador de temporada.</b></li><li>• <b>Divorcio o matrimonio.</b></li><li>• <b>Muerte en la familia.</b></li><li>• <b>Víctima de robo de identidad.</b></li></ul>

**E. Elegibilidad condicional**

Si la declaración del solicitante y la verificación de datos de HSRI no son razonablemente compatibles y, en el caso de una elegibilidad de ingresos, el solicitante no ha podido ofrecer una explicación razonable, se le otorgarán a los solicitantes 90 días para presentar documentación satisfactoria para verificar cualquier elemento de elegibilidad relevante.<sup>231</sup> A esto se le llama elegibilidad condicional.

<sup>228</sup> 45 CFR 155.320(c)(1)(vi)

<sup>229</sup> 45 CFR 155.320(c)(2)(i)(B); 42 C.F.R. 435.952(c).

<sup>230</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island, § 1308.07

<sup>231</sup> 45 C.F.R. 155.320(c)(3)(vi)(C)

### **1) Elegibilidad temporal para APTC/CSR**

A los clientes que parezcan ser elegibles para un plan de salud autorizado con ayuda financiera se les ofrecerá cobertura temporal durante un período de reconciliación de 90 días. Durante este período de 90 días, el solicitante recibirá cobertura con ayuda financiera sobre la base del monto declarado del individuo. Sin embargo, si al finalizar el período de 90 días el individuo es incapaz de resolver las inconsistencias al presentar documentación satisfactoria, HealthSource ajustará la elegibilidad para programas o asistencia basándose en las fuentes de datos disponibles. Este cambio puede afectar la capacidad del solicitante de permanecer en su plan actual. En ese caso, el plan del cliente podría ser cancelado y el cliente deberá volver a inscribirse en un nuevo plan, si es elegible. Un período de inscripción especial, como se describe en el capítulo 3, se le ofrecerá a los clientes afectados de este modo.

Si un solicitante declara un ingreso incorrecto que consecuentemente lo hace elegible para un monto de crédito fiscal anticipado para primas (APTC) para el cual en realidad no era elegible, el solicitante será responsable de devolverle a el IRS la diferencia en crédito fiscal al final del año, cuando declare sus impuestos.

### **2) Elegibilidad temporal para Medicaid/Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)**

Los solicitantes de Medicaid con discrepancias que no sean de ciudadanía o condición de inmigración tienen 30 días para presentar una verificación satisfactoria a fin de proceder con la determinación de la elegibilidad. Un individuo o un dependiente que parezca ser elegible para Medicaid o CHIP no tendrá cobertura temporal durante este período de reconciliación de 90 días. La única excepción a esta regla se da cuando el individuo o el dependiente debe verificar su elegibilidad por su ciudadanía o condición de inmigración. Consulte en las Reglas y regulaciones de Medicaid más recientes las preguntas sobre la elegibilidad temporal para Medicaid/CHIP.

### **3) Excepciones por circunstancias especiales**

Los individuos que buscan ser elegibles para APTC y atraviesan ciertas circunstancias especiales pueden estar exentos de presentar evidencia documental para verificar la elegibilidad.<sup>232</sup> Esta evaluación la realizará, caso por caso, HSRI y puede estar disponible para solicitantes que pueden demostrar una dificultad relacionada con los ingresos que le impida presentar documentos satisfactorios, tales como ser víctima de violencia doméstica, víctima de un desastre natural o encontrarse sin hogar.<sup>233</sup> Estas solicitudes se pueden realizar al llamar al centro de atención de HealthSource RI.

### **4) Extensión de buena fe**

Para la elegibilidad para QHP, APTC y CSR, el período de 90 días para presentar evidencia documental satisfactoria puede extenderse, según lo determine, caso por caso, HSRI; si el individuo demuestra un esfuerzo de buena fe para conseguir los documentos y ofrece una explicación razonable de porqué aún no ha presentado los documentos. HealthSource RI considerará cualquier solicitud de una extensión de buena fe caso por caso, y el solicitante la deberá pedir a través del centro de atención. Por lo general, una extensión de buena fe se le puede otorgar a los individuos cuyos esfuerzos para cumplir con los pedidos de información se vieron truncados por falta de información disponible, dificultades físicas o técnicas para acceder a los sistemas que albergan la

---

<sup>232</sup> 45 CFR S. 155.315(g)

<sup>233</sup> 45 CFR S. 155.315(g)

documentación necesaria o cuando hay una falta de recursos para verificar los datos.

**F. Documentación satisfactoria**

Durante el proceso de reconciliación, a los solicitantes se les pedirá que presenten documentación satisfactoria para verificar la elegibilidad. Los siguientes cuadros resumen la documentación aceptable para verificar la elegibilidad.

<b>Identidad (nombre/apellido)<sup>234</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de nacimiento o registros hospitalarios de nacimiento.</li><li>• Pasaporte estadounidense.</li><li>• Certificado de naturalización.</li><li>• Tarjeta de Seguro Social.</li><li>• Licencia de conducir.</li><li>• Identificación con fotografía emitida por el estado.</li><li>• Identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local.</li><li>• Identificación escolar con fotografía.</li><li>• Tarjeta de permiso de trabajo.</li><li>• Tarjeta de residente permanente.</li><li>• Tarjeta de registro de votante.</li></ul>

<b>Número de Seguro Social<sup>235</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de naturalización.</li><li>• Tarjeta de Seguro Social.</li><li>• Registros de servicio militar.</li><li>• Tarjeta de extranjero (I-155).</li><li>• Tarjeta de permiso de trabajo (I-688B).</li><li>• Registros de Seguro Social.</li><li>• Declaración de impuestos federal que muestre el número de Seguro Social.</li></ul>

<b>Fecha de nacimiento<sup>236</sup></b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificado de nacimiento.</li><li>• Pasaporte estadounidense.</li><li>• Certificado de naturalización.</li><li>• Tarjeta de Seguro Social.</li><li>• Licencia de conducir.</li><li>• Identificación con fotografía emitida por el estado.</li><li>• Registros de Seguro Social.</li><li>• Documentación tribal de nativo americano.</li><li>• Certificado de bautismo.</li><li>• Tarjeta de registro de votante.</li><li>• Papeles de confirmación.</li><li>• Licencia de matrimonio.</li><li>• Registro de censo estatal/federal.</li></ul>

<sup>234</sup> Inventario de campo de la solicitud de HealthSource RI, Pestaña B: Documentación aceptada.

<sup>235</sup> Inventario de campo de la solicitud de HealthSource RI, Pestaña B: Documentación aceptada.

<sup>236</sup> Inventario de campo de la solicitud de HealthSource RI, Pestaña B: Documentación aceptada; Póliza de Medicaid de Rhode Island; Verificación de edad, 0328.05.05.

- Póliza de seguro de vida.
- Documentos de inmigración.
- Registros escolares.
- Registros de servicio militar.
- Registros médicos.
- Registros hospitalarios de nacimiento.
- Carta de otorgamiento de RSDI si figura la fecha de nacimiento del niño.
- Registros de adopción.
- Declaración jurada de un tercero.

#### **Residencia<sup>237</sup>**

- Recibo de renta.
- Carta del arrendador.
- Arrendamiento.
- Documentos de hipoteca.
- Factura de servicios.
- Factura de impuestos inmobiliarios.
- Factura de seguro del hogar.
- Carta de la persona a la cual el solicitante le paga alojamiento y comida.
- Registros/cuentas hipotecarias.
- Facturas de agua y alcantarillado.
- Facturas de servicios que no correspondan a calefacción.
- Facturas de teléfono.

#### **Ingreso**

- Recibos de nómina de las últimas cuatro (4) semanas de ingresos.
- Declaración de ganancias.
- Carta de empleo.
- Registros contables.
- Prueba de propiedad de unidad.
- Prueba de propiedad ocupada por el propietario.
- Prueba de ingreso de renta mensual.
- Prueba de detalle de hipoteca.
- Declaración de impuestos.
- Informes de la Administración del Seguro Social de Veteranos y otras agencias.
- Cuando el solicitante no puede obtener la información solicitada, se utilizan formularios departamentales (informe de salario, AP-50, compensación bancaria, AP-91, compensación con VA, AP-150 y AP-151).

#### **Acceso a otra cobertura**

- Carta del asegurador de salud que incluya la fecha de vencimiento de la cobertura.
- Declaración de beneficios de salud que ofrece confirmación de cobertura de salud y fechas de vencimiento.
- Carta de la Administración de Veteranos que ofrezca aclaración del alcance del acceso a la cobertura, confirmación de cobertura de salud y fechas de vencimiento.

<sup>237</sup> Inventario de campo de la solicitud de HealthSource RI, Pestaña B: Documentación aceptada.

- Carta de Cuerpos de paz o AmeriCorps que ofrezca aclaración del alcance del acceso a la cobertura, confirmación de cobertura de salud y fecha de vencimiento o que ofrezca aclaración del alcance del acceso a la cobertura.
- Carta o declaración de beneficios de Medicare o Medicaid que pruebe la aclaración del alcance del acceso a la cobertura, confirmación de cobertura de salud y fechas de vencimiento.
- Carta o declaración de beneficios de Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) que ofrezca la aclaración del alcance del acceso a la cobertura, pruebe la confirmación de cobertura de salud y fechas de vencimiento.

### Fallecimiento

#### Para demostrar que no ha fallecido:

- Para un adulto solicitante que debe presentar datos para demostrar que no ha fallecido, el individuo debe presentarse en persona con una identificación con fotografía válida en el Centro de entrega de HSRI.
- Para un solicitante menor que no posee una identificación con fotografía válida, se aceptará un documento reciente. Un documento reciente se define como una carta, formulario o registro oficial de un médico, escuela o guardería con fecha dentro de los últimos tres meses. Los documentos se pueden subir, enviar por fax o la carta se puede enviar por correo, o llevar al Centro de entrega de HSRI.

#### Para demostrar que alguien ha fallecido:

- Certificado de fallecimiento.
- Carta de la casa funeraria.
- Obituario.

### Encarcelamiento

#### Para demostrar que no se encuentra en prisión:

- Identificación de liberación (solo válido por 1 mes posterior a la fecha de liberación).
- Registros de liberación.
- Carta fechada y firmada del oficial de libertad condicional o bajo palabra con un sello o timbre del Departamento Correccional.
- Los solicitantes adultos se pueden presentar en persona con una identificación válida con fotografía en el Centro de entrega de HSRI.

### Ciudadanía<sup>238</sup>

#### **Evidencia primaria: la siguiente evidencia se debe aceptar como evidencia documental satisfactoria tanto de la identidad como de la ciudadanía.**

- Un pasaporte estadounidense.
- Informe de nacimiento en el exterior de un ciudadano estadounidense.
- Un certificado de naturalización.
- Un certificado de ciudadanía estadounidense.
- Una licencia de conducir válida emitida por el estado, si el estado que emite la licencia requiere prueba de ciudadanía estadounidense o número de seguro social para emitir una licencia. Esto se conoce como licencia de conducir mejorada (Nota: La licencia de conducir de Rhode Island no satisface este requisito). Al 2017 los únicos estados que ofrecen estas licencias son Michigan, Nueva York, Vermont y Washington.
- Evidencia documental emitida por una tribu indígena reconocida a nivel federal.

**Evidencia secundaria:** solo si los documentos anteriormente mencionados no están disponibles, el solicitante puede ofrecer dos de los siguientes como evidencia secundaria:

<sup>238</sup> 42 C.F.R. 435.407(a)-(d)

<b>Ciudadanía<sup>238</sup></b>	
<b>Uno de los siguientes documentos para <u>demostrar</u> ciudadanía:</b>	<b>MÁS uno de estos documentos para <u>probar</u> la identidad:</b>
Un certificado de nacimiento público estadounidense que demuestre el nacimiento en uno de los 50 estados, el distrito de Columbia, Puerto Rico, (si nació en o después del 13 de enero de 1941), Guam, las Islas Vírgenes de EE. UU. (en o después del 17 de enero de 1917), Samoa Americana, Isla de Swain, o las Islas Marianas del Norte (después del 4 de noviembre de 1986 [CNMI hora local]).	Para individuos de 16 años de edad o más, cualquiera de los siguientes documentos de identidad (descritos en 8 CFR 274a.2(b)(1)(v)(B)(1)):
Evidencia de nacimiento en Puerto Rico, las Islas Vírgenes de EE. UU. o las Islas Marianas después de que se convirtieron en parte de los Estados Unidos o la declaración de un solicitante de que eran residentes de alguno de esos lugares cuando se convirtieron en parte de los Estados Unidos.	Una licencia de conducir o tarjeta de identificación que contenga una fotografía, emitida por un estado.
A opción del estado, un entrecruzamiento con una agencia de estadísticas vitales estatal que documente un registro de nacimiento.	Tarjeta de identificación escolar.
Una certificación de informe de nacimiento.	Tarjeta de registro de votante.
Un informe de nacimiento en el exterior de un ciudadano estadounidense.	Tarjeta militar de EE. UU. o cartilla de conscripción.
Un certificado de nacimiento emitido por el Departamento de Estado.	Tarjeta de identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local.
Una tarjeta de identificación de ciudadano estadounidense.	Tarjeta de identificación de dependiente militar.
Una tarjeta de identificación de Mariana del Norte (I-873).	Tarjeta de marino mercante del Servicio de Guardacostas de EE. UU.
Un decreto de adopción final que contenga el nombre del niño y el lugar de nacimiento en EE. UU.	Para niños menores de 19 años, un registro clínico, médico, hospitalario o escolar que incluya registros preescolares o de guardería.
Evidencia de empleo del Servicio Civil de EE. UU. antes del 1 de junio de 1976.	Dos documentos que contengan información consistente que corrobore la identidad de un solicitante. Tales documentos incluyen, pero no se limitan a, tarjetas de identificación del empleador, diplomas de educación secundaria o superior (incluyendo diplomas de equivalencia de secundario) certificados de matrimonio, sentencias de divorcio y escrituras o títulos de propiedad.
Registros militares de EE. UU. que muestren un lugar de nacimiento en EE. UU.	Evidencia de identidad de una agencia gubernamental federal o estatal que incluya, pero no se limite a, asistencia pública, fuerzas públicas, oficina impositiva o fiscal o agencia correccional, si la agencia ha verificado y certificado la identidad del individuo.
Una verificación de datos con el Programa de Verificación Sistemática de Derechos de los Inmigrantes (SAVE) para ciudadanos naturalizados.	Una evidencia de identidad de una agencia Express Lane

<b>Ciudadanía<sup>238</sup></b>	
Evidencia documental del estado de la Ley de Ciudadanía Infantil para niños adoptados o biológicos nacidos fuera de los Estados Unidos.	Si el solicitante no posee ninguno de los documentos anteriormente mencionados, el solicitante debe presentar una declaración jurada firmada, bajo pena de perjurio, de un tercero que pueda probar de forma razonable la identidad del solicitante.
Registros médicos que incluyan, pero que no se limiten a, registros hospitalarios, clínicos o médicos o documentos de ingreso a un hogar de ancianos, o establecimiento de cuidados especializados, u otra institución que indique un lugar de nacimiento en EE. UU.	
Registros religiosos oficiales registrados en EE. UU. que demuestren que el nacimiento ocurrió en EE. UU.	
Registros escolares, incluidos preescolares, Head Start o guardería, que contengan el nombre del niño y el lugar de nacimiento en EE. UU.	
Registros de censo federal o estatal que demuestren ciudadanía estadounidense o un lugar de nacimiento en EE. UU.	
Si el solicitante no tiene uno de los documentos mencionados anteriormente, deberá presentar una declaración jurada firmada por otro individuo, bajo pena de perjurio, que pueda probar de forma razonable la ciudadanía del solicitante y que contenga el nombre del solicitante, la fecha de nacimiento y el lugar de nacimiento en EE. UU. No es necesario que la declaración jurada esté certificada.	
Un registro clínico, médico o escolar, incluyendo registros preescolares o de guardería (para niños menores de 19 años).	

**Condición de inmigración<sup>239</sup>**

- Certificado de nacimiento.
- Certificado de bautismo.
- Pasaporte estadounidense.
- Certificado de naturalización.
- Registros de servicio militar.
- Tarjeta de residente extranjero (I-155) (también conocida como Tarjeta verde).
- Tarjeta de permiso de trabajo (I-688B).
- Para recién llegados, un sello I-551 temporal en un pasaporte extranjero o un formulario I-94 del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de EE. UU. (USCIS).
- Un permiso de reingreso vigente (formulario I-327).
- Formularios AR-3 y AR-3a, Certificado de inscripción en el registro de extranjeros.
- Formulario I-94 de USCIS con sello que muestre la admisión bajo 203(a)(7) de la INA, entrada condicional de refugiado.
- Registro de llegada/partida I-94.
- Registro de exención de visado no inmigrante de llegada/partida I-94W.
- Formulario I-688B de USCIS (o certificado de autorización de empleo de USCIS) 274a.12(a)(3) apostillado.
- Formulario I-766 de USCIS apostillado A3.
- Para residentes permanentes legales que son víctimas de violencia doméstica; formulario de IRS I551 o I551B codificado IB1 a IB3, IB6 a IB8, B11, B12, B16, B17, B20 a B29, B31 a B33, B36 a B38, BX1 a BX3, BX6, BX7 o BX8.
- Para víctimas de violencia doméstica que solicitan estado legal, considerados como “extranjeros calificados” bajo la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad Laboral (PROWORA); formulario 797 de IRS que contenga un 1-360 aprobado o 1-13 solicitando por sí mismo como cónyuge o hijo de un ciudadano estadounidense o de un residente permanente legal; o formulario 797 de USCIS que contenga un aviso de determinación a prima facie.
- Formulario I-94 de USCIS con fecha de admisión y apostillado con estado vigente como se menciona en la sección 0304.05.45.05.
- Carta de USCIS fechada u orden judicial que indique la situación de residencia legal mencionada en la sección 0304.05.45.05.
- Un documento de autorización de empleo de USCIS vigente (I-688-B) apostillado con código de condición.
- Solicitantes de asilo: I-94, I-589 en archivo, I-688B codificado 274a.12(c)(8).
- Solicitantes de suspensión de deportación: I-94, I-256A en archivo, I-688B codificado 274a.12(c)(10).
- No ciudadanos con suspensión de deportación por estatuto de orden judicial o reglamento o por determinación individual de USCIS cuya partida la USCIS no contempla imponer: carta o suspensión de deportación, I-688B codificado 274.12(c)(12).
- No ciudadanos con suspensión de deportación otorgada conforme a la sección 244 de INA (8 USC 1254) cuya deportación la USCIS no contempla imponer: carta/orden del juez de inmigraciones y un formulario I-94 que contenga la suspensión de deportación otorgada.

<sup>239</sup> Póliza de Medicaid de Rhode Island, Elegibilidad según condición de inmigración, 0304.05.15-0304.05.85.05.

- No ciudadanos residentes en EE. UU. conforme a una Orden de Supervisión: formulario I-220B de USCIS, I-688B codificado 274a.12(c)(18).
- Estado de protección temporal: I-94 “Estado de protección temporal” o I-688B autorización de empleo codificada 274a.12(a)(12).
- Partida impuesta diferida: carta de USCIS; I-688B codificada 274a.12(a)(11).
- Unidad familiar: aviso de aprobación USCIS, I-797 o I-688B codificado 274a.13.
- No ciudadanos con estado de partida diferida otorgado: carta que indica que la partida del no ciudadano ha sido diferida o I-688B codificada 274a.12(c)(14).
- No ciudadanos que haya presentado solicitudes de modificación de estado cuya partida la USCIS no contempla imponer: formulario I-94 o I-181 o pasaporte sellado con alguno de los siguientes: “solicitud de modificación” o “empleo autorizado durante el estado como solicitante de modificación”, o I-688B codificado 274a.12(c)(9).
- Formulario I-94 de USCIS apostillado con sellos que demuestren el ingreso como refugiado bajo la sección 207 de la INA y fecha de ingreso.
- Formulario I-688B de USCIS (o certificado de autorización de empleo de USCIS) 274a.12(a)(3) apostillado.
- Formulario I-766 de USCIS apostillado A3.
- Formulario I-571 de USCIS.
- Formulario 551 de USCIS (tarjeta de residente extranjero) codificado RE-6, RE-7, RE-8 o RE-9.
- Formulario I-94 de USCIS apostillado con sello que demuestre el otorgamiento de asilo.
- Carta de concesión de la oficina de asilo de la USCIS.
- Formulario I-688B de USCIS apostillado con 274a.12.(a)(S).
- Formulario I-766 de USCIS apostillado.
- Orden del juez de inmigraciones que otorga asilo.
- Orden de un juez de inmigraciones que demuestre la fecha de una concesión de deportación suspendida bajo la sección 243(h) del INA.
- Formulario I-688B de USCIS (o certificado de autorización de empleo de USCIS) 274a.12(a)(10) apostillado.
- Formulario I-766 de USCIS apostillado A10.
- Formulario 551 de USCIS con códigos CU6, CU7 o CH6.
- Apostillado con sello I-551 temporal vigente en un pasaporte extranjero o formulario I-94 de USCIS con códigos CU6 o CU7.
- Formulario I-94 de USCIS apostillado con sello que muestra al individuo que se declara refugiado como entrante cubano/haitiano bajo la sección 212(d)(5) de la INA.
- Un formulario I-94 de la USCIS con un apostillado con sello que demuestre la concesión del asilo bajo 212(d)(5) de la INA y una fecha que demuestre la concesión del asilo por al menos un (1) año es verificación aceptable de ese estado.
- ORS emite una carta de certificación para adultos y una carta de elegibilidad para beneficios conforme a la sección 107(b) de la Ley de Protección a las Víctimas del Tráfico de Personas del año 2000 para niños menores de dieciocho (18) años de edad: para adultos, la carta de certificación de la ORS es prueba del estado de un no ciudadano calificado, para niños menores de dieciocho (18) años de edad, la carta de elegibilidad para beneficios de la ORS es prueba de estado de no ciudadano calificado.

#### **Nativo americano o nativo de Alaska.**

- Registro eclesiástico o bautismal.
- Biblia familiar.
- Identificación emitida por el gobierno federal, estatal o local.
- Registros hospitalarios de nacimiento.
- Otra verificación de la fecha de nacimiento.
- Otra documentación que contenga el número de seguro social.
- Otro documento de identidad.

- Registros escolares calificados que demuestren el nacimiento en EE. UU.
- Identificación escolar con fotografía.
- Recibo de la solicitud de un número de seguro social SN-5028.
- Solicitud de una tarjeta de seguro social SS-5.
- Tarjeta de registro de votante.
- Registros militares oficiales que demuestren el nacimiento en EE. UU.

## **Capítulo 8: Actualizaciones y renovaciones de elegibilidad de mitad de año**

### **A. Resumen de las actualizaciones y redeterminaciones de mitad de año**

Los individuos y hogares determinados elegibles para inscribirse en programas de asequibilidad de seguro médico (IAP); Medicaid, Rite Care, créditos fiscales anticipados para primas (APTC), reducciones de costos compartidos (CSR); y planes de salud autorizados (QHP) deben someterse a una redeterminación de elegibilidad cada 12 meses. Si hay nueva información que afecta a la elegibilidad disponible para el Estado, ya sea informada por el individuo o que se haya accedido a la misma a través de otras fuentes de datos, durante el período de 12 meses, la cuenta del individuo debe ser actualizada. Pueden darse múltiples resultados, desde una redeterminación anual o la recepción de información que requiere una actualización de la cuenta. Por ejemplo, un hogar puede:

- Permanecer elegible para el mismo programa en la misma categoría de elegibilidad.
- Permanecer elegible para el mismo programa y elegible para una categoría diferente o un monto de costos compartidos.
- Tornarse elegible para otro programa en su totalidad.
- O tornarse no elegible para cobertura.

Si un hogar permanece elegible para el mismo programa, la fecha de redeterminación permanece igual. Si un hogar se torna no elegible bajo un programa actual, HealthSource RI evaluará la elegibilidad para otros IAP.

Además de una redeterminación anual, los clientes de QHP tendrán verificaciones de datos de rutina realizadas en las cuentas del cliente para asegurar que no haya habido cambios que afecten a la elegibilidad para comprar seguros médicos de HealthSource RI o que puedan afectar a la elegibilidad de cliente para asistencia financiera existente en la forma de los APTC o las CSR. Estas constituyen las “Actualizaciones de elegibilidad de mitad de año” y se describen en detalle a continuación.

El objetivo de este capítulo es describir las reglas y los procedimientos que gobiernan las actualizaciones y las redeterminaciones de elegibilidad de IAP y QHP.

### **B. Actualizaciones y de elegibilidad de mitad de año**

#### **1) Actualizaciones y de elegibilidad de mitad de año**

Lo siguiente describe cómo HealthSource RI toma conocimiento de nueva información que afecta a la elegibilidad del cliente. Los procesos pueden variar dependiendo de si la información es dada por el cliente o si se accede a la misma a través de fuentes de datos externas, así como si el hogar está inscrito en MAGI Medicaid/Rite Care o QHP con asistencia financiera.

##### **a) Información dada por individuos**

Los hogares deberán informar cualquier cambio que afecte a la elegibilidad para IAP y QHP.<sup>240</sup> Estos incluyen los cambios en lo siguiente:

- Ciudadanía, condición de nacional, o presencia legal.
- Condición de encarcelamiento.
- Residencia.
- Ingreso.
- Embarazo.
- Composición del hogar (por ejemplo, un nacimiento, una muerte o una adopción reciente).
- Acceso a otras fuentes de cobertura de salud.

Los individuos que reciben Medicaid y CHIP deben informar los cambios en cualquiera de los anteriores dentro de los 10 días,<sup>241</sup> mientras que los inscritos en un QHP con o sin asistencia financiera, deben informar dentro de los 30 días de dicho cambio.<sup>242</sup>

Los individuos pueden informar los cambios por las siguientes vías:

- **En línea.** A través de su cuenta de usuario segura en [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com).
- **Telefónicamente.** Llamando al centro de atención de HealthSource RI al **(855) 712-9158**.
- **Por correo.** A este domicilio: HEALTHSOURCE RI, HZD MAILROOM , 74 WEST ROAD STE 800, CRANSTON, RI 02920-8412.
- **Personalmente.** En el centro de atención directa de HealthSource RI en 401 Wampanoag Trail en East Providence.

Si un individuo informa un cambio que afecta a su elegibilidad, DHS y EOHHS actualizarán la cuenta para la elegibilidad de Medicaid y CHIP,<sup>243</sup> y HealthSource RI actualizará la cuenta con respecto a la elegibilidad para QHP, APTC y CSR.<sup>244</sup> Los cambios informados por el cliente podrían compartirse entre los programas.

EOHHS, DHS y HealthSource RI ofrecen notificaciones periódicas a los hogares con respecto a la obligación de informar cambios. Estos pueden enviarse por correo, de forma electrónica a través de la cuenta en línea del hogar, o ambas, conforme a las preferencias para las comunicaciones seleccionadas por el hogar. El hogar puede cambiar sus preferencias para recibir correo o notificaciones electrónicas al acceder a su cuenta en línea o al llamar al centro de atención de HealthSource RI al **(855) 712-9158**.<sup>245</sup>

Si un inscrito en QHP no solicitó ser considerado para ser elegible para IAP cuando el cliente solicitó cobertura (por ejemplo, indicó que no estaba interesado en asistencia financiera), el inscrito no debe informar datos relacionados con la elegibilidad para IAP, pero aún debe informar cambios que afecten a la elegibilidad para la cobertura de HealthSource RI, por ejemplo cambios en el domicilio o encarcelamiento.<sup>246</sup>

---

<sup>240</sup> 45 CFR 155.330(b)(1)

<sup>241</sup> 42 CFR 435.916(c)

<sup>242</sup> 45 CFR 155.330(b)(4)

<sup>243</sup> 42 CFR 435.916(c)

<sup>244</sup> 45 CFR 155.330(a)

<sup>245</sup> 45 CFR 155.330(c)(2)

<sup>246</sup> 45 CFR 155.330(b)(2)-(3)

EOHHS, DHS y HealthSource RI verificarán cualquier información informada por el individuo siguiendo el proceso de verificación estándar utilizado en la solicitud, como se describe en detalle en el capítulo 7.<sup>247</sup>

**b) Individuos elegibles para Medicaid/CHIP: Información identificada a través de la comparación de datos**

Para individuos elegibles para Medicaid/CHIP, OHHHS, DHS, y HealthSource RI examinarán las fuentes de datos periódicamente para identificar cambios relativos a la elegibilidad. La frecuencia de esas verificaciones variará según la elegibilidad y la fuente de datos.

**Tabla 1. Las fuentes de datos revisadas para identificar cambios relativos a la elegibilidad**

Factor de	Fuente de datos	Frecuencia
Ingreso	Agencias de recolección de información sobre nómina estatal (SWICA).	Información renovada trimestralmente y a la cual se accede en tiempo real.
	Desempleo.	Información renovada semanalmente y a la cual se
Fallecimiento	Administración de Seguro Social, departamentos de salud locales <sup>8</sup> .	Tiempo real a los datos del Centro federal de la SSA. Información estatal de DOH renovada semanalmente y a la cual se accede en tiempo real.
Encarcelamiento	Departamento Correccional, Administración de Seguro Social.	Información estatal de DOC renovada semanalmente y a la cual se accede en tiempo real. Acceso en tiempo real a los datos de encarcelamiento del Centro
Acceso a otro seguro médico	La MEC (cobertura esencial mínima) no ESI (seguro auspiciado por el empleador) verifica los siguientes datos federales: Medicare, Medicaid, CHIP, Tricare, Cuerpos de paz, VHA (veteranos) y BHP.	Tiempo real a los datos del Centro federal de la SSA.
	Autoinformados.	Realizados por el cliente durante el proceso de solicitud.

**c) Individuos elegibles para APTC/CSR/QHP: información identificada a través de la comparación de datos**

Para individuos elegibles para APTC/CSR/QHP, EOHHS, DHS, y HealthSource RI examinarán las fuentes de datos periódicamente para identificar cambios relativos a lo siguiente:<sup>248</sup>

- Fallecimiento.
- Condición de encarcelamiento.
- La elegibilidad para Medicare, Medicaid o CHIP para individuos que reciben créditos fiscales o

<sup>247</sup> 45 CFR 155.330(c)(1)

<sup>248</sup> 45 CFR 155.330(d)

reducciones de costos compartidos (CSR).

**i) Información actualizada relativa al criterio de elegibilidad financiera que incluye ingresos, tamaño de la familia o composición familiar**

El proceso de actualización de la cuenta para información relativa al ingreso, el tamaño de la familia o la composición familiar (que puede afectar a la cantidad de APTC y CSR para los cuales un hogar es elegible) difiere levemente del proceso para actualizar criterios no financieros. Si HealthSource RI identifica inconsistencias en la información relacionada con el ingreso, el tamaño de la familia o la composición familiar de hogares elegibles para QHP<sup>249</sup>, se le enviará un aviso al hogar que indicará qué miembros del hogar deben confirmar la información junto con una lista de los documentos aceptables para verificar esa información (como se encuentra en el capítulo 7). El hogar tiene 90 días desde la fecha del aviso para responder y confirmar o refutar cualquier inexactitud.

Si el individuo responde dentro del período de 90 días para refutar las inexactitudes en la información, HealthSource RI reconciliará las inconsistencias conforme a los procesos descritos en el capítulo 7. Si el hogar no responde dentro de los 90 días, HealthSource RI utilizará la información de las fuentes de datos disponibles para actualizar la elegibilidad del hogar.

**ii) Información actualizada relativa al criterio de elegibilidad no financiero que incluye fallecimiento o encarcelamiento**

Si HealthSource RI identifica información actualizada relacionada con el fallecimiento u otros factores de elegibilidad no financieros (todos los factores que no sean ingreso, tamaño de la familia o composición familiar)<sup>250</sup> HealthSource RI enviará un aviso al hogar, que enumerará la información necesaria. El cliente tendrá 90 días desde la fecha del aviso para refutar cualquier inexactitud.

Si el cliente responde dentro del período de 90 días para refutar las inexactitudes en la información, EOHHHS, DHS y HealthSource RI reconciliarán las inconsistencias conforme a los procesos descritos en el capítulo 7. Si el individuo no responde, el Estado utilizará la información identificada para actualizar su elegibilidad. Es importante notar que las actualizaciones de la elegibilidad de un individuo pueden afectar a la cobertura de otros miembros del hogar.

**2) Avisos relativos a la información de cambios**

Se notifica a los individuos de su responsabilidad de informar cambios dentro de los 10 días del cambio para Medicaid y CHIP, y dentro de los 90 días del cambio para APTC, CSR, QHP. Los individuos reciben mensajes sobre su obligación de informar cambios en varios avisos de HealthSource RI, incluidos aquellos relativos a la determinación de excepción, a la inscripción abierta anual, a la inscripción y a la cancelación de la inscripción, al vencimiento de Medicaid y a las determinaciones de elegibilidad. Además, un “recordatorio periódico de información de cambios” se le envía a los clientes por correo o a su cuenta, conforme a las preferencias de comunicación que hayan seleccionado, a lo largo del año. Los clientes deben informar todos los cambios tan

---

<sup>249</sup> 45 CFR 155.330(e)(3)

<sup>250</sup> 45 CFR 155.335(e)(2)(i)

pronto como sea posible para evitar cualquier consecuencia involuntaria en su cobertura.

### 3) Fechas de vigencia de cobertura para cambios

#### a) Individuos Medicaid/CHIP

Si los cambios informados hacen a un individuo no elegible para Medicaid o CHIP, el individuo deberá ser notificado al menos 15 días antes de que su cobertura se cancele o conforme a las Reglas y regulaciones más recientes de Medicaid. Si el individuo no está de acuerdo con el cambio en la elegibilidad, puede solicitar una audiencia y asistencia pendiente conforme al proceso descrito en el capítulo 9 mientras espera la fecha de la audiencia.<sup>251</sup>

#### b) Individuos de APTC/CSR/QHP

En general, los cambios de los individuos y hogares elegibles para APTC, CRS, QHP que se identifican para el 23.º día del mes son efectivos el primer día del mes siguiente a la fecha del aviso.<sup>252</sup> Sin embargo, hay excepciones a esta regla según la naturaleza del cambio en los factores de elegibilidad y si el cambio afecta al nivel de ayuda financiera del cliente.

**Tabla 2. Cambios en la condición del hogar y fechas efectivas correspondientes a la nueva cobertura\***

Cambio	Cobertura efectiva*
<b>Afecta a la prima o a la inscripción</b> <sup>253</sup>	Primer día del mes siguiente al mes en que HealthSource RI fue notificada del cambio.
<b>Nacimiento, adopción, colocación para adopción o colocación en cuidado de acogida.</b> <sup>254</sup>	Fecha de nacimiento, adopción, colocación para adopción o cuidado de acogida.
<b>Matrimonio o pérdida de la cobertura esencial mínima</b> <sup>255</sup>	Primer día del mes siguiente.
<b>Recientemente elegible para Medicaid o CHIP</b> <sup>256</sup>	La cobertura de QHP finaliza el día anterior al cual dicha cobertura comienza. En el caso de que un cliente se torne elegible para Medicaid o CHIP a mitad del mes, la cobertura QHP del cliente continuará por la duración de ese mes en el cual se tornó elegible.

*\*Para que la cobertura sea efectiva a partir del marco temporal provisto en la tabla anterior, el cliente debe primero informar el cambio, hacer una selección de plan, y hacer el primer pago de la prima, todo para el 23.º día del mes.*

Si el cambio da como resultado una reducción en los créditos fiscales anticipados para primas (APTC) o un

<sup>251</sup> 42 CFR 431.211

<sup>252</sup> 45 CFR 155.330(f)(1)(i)

<sup>253</sup> 45 CFR 155.330(f)(1)(iii)

<sup>254</sup> 45 CFR 155.330(f)(4)

<sup>255</sup> 45 CFR 155.330(f)(4)

<sup>256</sup> 45 CFR 155.430(d)(iv)

cambio en las reducciones de costos compartidos (CSR), y el hogar le notifica a HealthSource RI el cambio, o el aviso de redeterminación se envía después del día 23 del mes, el cambio podría no ser efectivo hasta el primer día del segundo mes.<sup>257</sup>

Si el cambio informado da como resultado que un hogar elegible para APTC o CSR se torna recientemente elegible para Medicaid o CHIP, el individuo u hogar será inscrito en Medicaid. Aquellos que se inscriben en Medicaid también tendrán la oportunidad de ser evaluados para cobertura retroactiva con fecha del primero del mes de la fecha de solicitud a través de DHS. Como se indica en la tabla anterior, si un cliente se inscribe activamente en un plan QHP y se lo encuentra elegible para cobertura de Medicaid con fecha del primero del mes, el cliente tendrá un mes en el cual el cliente tendrá tanto cobertura de QHP como de Medicaid.

---

<sup>257</sup> 45 CFR 155.330(f)(3)

**Tabla 2. Resumen de los procesos de actualización de cuenta para individuos Medicaid/CHIP/APTC/CSR**

Elegibilidad de programa previo al informe de	Impacto sobre la elegibilidad de la nueva información	Cambio específico a la elegibilidad	Documentación entregada al consumidor	Fecha de cobertura efectiva
<b>Medicaid/CHIP/APTC/CSR</b>	Sin efecto sobre la elegibilidad	n/c	Aviso para reconocer la información actualizada de la cuenta y para indicar que no hay cambios en la cobertura de la	Sin cambios para la siguiente fecha de redeterminación anual anticipada
<b>Medicaid/CHIP</b>	Cambio en la elegibilidad (antes de la terminación de la elegibilidad para Medicaid/CHIP, debe realizar la revisión de ex parte y el control de todas las bases de la elegibilidad)	Elegibilidad para el posparto de 60 días del Programa de Planificación Familiar Prolongada	A determinarse: análisis de la póliza en curso	A determinarse: análisis de la póliza en curso
		Diferente categoría de Medicaid/CHIP	Aviso para reconocer la información actualizada de la cuenta y el cambio en la categoría de elegibilidad para	Sin cambios para la siguiente fecha de redeterminación anual anticipada
		No elegible para Medicaid/CHIP, elegible para APTC/CSR	Avisos combinados con la terminación de la elegibilidad para Medicaid/CHIP, derecho de ayuda continua, determinación de la	Nueva fecha de redeterminación anual para el próximo período de inscripción abierta
		No elegible para Medicaid/CHIP, elegible para QHP	Aviso combinado con la terminación de la elegibilidad para Medicaid/CHIP, derecho de ayuda continua,	Nueva fecha de redeterminación anual para el próximo período de inscripción abierta
		No elegible para todas las IAP/QHP	Aviso combinado con la terminación de la elegibilidad para Medicaid/CHIP, derecho de ayuda continua, rechazo de la elegibilidad para	n/c
<b>APTC/CSR</b>	Cambio de la elegibilidad	Distinto nivel de APTC/CSR	El aviso reconoce la información actualizada de la cuenta e indica que no hay cambios en la	Sin cambios para la siguiente fecha de redeterminación anual anticipada

Elegibilidad de programa previo al informe de	Impacto sobre la elegibilidad de la nueva información	Cambio específico a la elegibilidad	Documentación entregada al consumidor	Fecha de cobertura efectiva
			cobertura	
		No elegible para APTC/CSR, elegible para Medicaid/CHIP	Aviso combinado con la terminación de la elegibilidad para APTC/CSR, determinación de la	Nueva fecha de redeterminación anual
		No elegible para APTC/CSR, elegible para QHP	Aviso combinado con la terminación de la elegibilidad para APTC/CSR, determinación de la elegibilidad para QHP,	Sin cambios para la siguiente fecha de redeterminación anual anticipada
		No elegible para todas las IAP/QHP	Aviso combinado con la terminación de la elegibilidad para APTC/CSR, rechazo de la elegibilidad para	N/C

### C. Redeterminaciones anuales

Se debe determinar la elegibilidad para las IAP<sup>258</sup> cada 12 meses.<sup>259,260,261</sup> EOHHS, DHS y HealthSource RI deben realizar la redeterminación, si es posible, según la información disponible para el estado a partir de la cuenta de la persona, u otras fuentes más actuales (como bases de datos electrónicas) y sin solicitar entrevistas personales.<sup>262</sup> Si EOHHS, DHS y HealthSource RI no tienen suficiente información para volver a determinar la elegibilidad, deben contactar a la persona y recibir una respuesta adecuada para continuar la cobertura.

La siguiente información describe los procedimientos para el proceso de redeterminación anual. Los procedimientos varían según si las personas están actualmente inscritas en Medicaid/RIte Care o están inscritas en una QHP con (o sin) APTC o CSR.

#### 1) **Personas elegibles para Medicaid/CHIP redeterminadas por EOHHS/DHS**

Para las personas elegibles para Medicaid/CHIP, se usa un proceso *ex parte*. Si el Estado tiene suficiente información disponible para determinar la elegibilidad de una familia o de una persona para Medicaid o para CHIP, el proceso de redeterminación puede comenzar. Se deben considerar todas las bases de

<sup>258</sup> Suponiendo una elegibilidad inicial determinada usando métodos de ingresos basados en MAGI

<sup>259</sup> 42 CFR 435.916

<sup>260</sup> 42 CFR 457.343

<sup>261</sup> 45 CFR 155.335(a)

<sup>262</sup> Todas las bases de datos a las cuales haya tenido acceso la agencia según 42 CFR 435.948, 42 CFR 435.949 y 42 CFR 435.956

elegibilidad para Medicaid.

Si EOHHS o DHS tiene suficiente información para volver a determinar que una persona o una familia es elegible para la cobertura, procederán a hacerlo sin solicitar información adicional.

Si EOHHS o DHS no pueden renovar la elegibilidad de un individuo para Medicaid/RiteCare por medio de la información en la cuenta del cliente y en otras fuentes más actuales, ya sea porque la información disponible no es suficiente para realizar una redeterminación o la información existente indica que el cliente no es elegible para la cobertura, el cliente recibirá un formulario de renovación. El cliente debe completar y enviar el formulario de renovación en conformidad con las Reglas y las regulaciones de Medicaid más recientes.

## **2) Personas y familias elegibles para APTC y para CSR**

Para las personas y las familias elegibles para APTC y para CSR, HealthSource RI iniciará un proceso de renovación antes del período de inscripción abierta anual de cada año. Consulte el capítulo 2, sección F. Renovación automática, para más información.

### **a) Aviso de redeterminación anual**

HealthSource RI envía un aviso de redeterminación anual<sup>263</sup> a cada uno de los contactos principales de la cuenta para anunciar el proceso de renovación y las fechas para el período de inscripción abierta anual.

El aviso de renovación se envía como una comunicación coordinada y única con el aviso de inscripción abierta anual que contiene lo siguiente:

- Fechas del próximo período de inscripción abierta.
- Descripción del proceso de renovación y de redeterminación anual.
- Cualquier requisito correspondiente para informar cambios en la información que afecta la elegibilidad y el marco temporal y los canales por los cuales realizarla.
- El último día en el que se puede realizar la selección de un plan para que la cobertura sea efectiva al 1 de enero del próximo año de cobertura y la fecha límite de pago para esta.
- Una descripción breve de la metodología de cálculo del crédito fiscal para primas y un recordatorio relacionado con el proceso de conciliación.
- Una declaración clara de qué acción, si hubiera alguna, debe tomar el cliente para renovar la cobertura y evitar una interrupción en la cobertura entre la fecha de finalización de la cobertura de un año y la fecha de inicio del año siguiente.

#### **Autorización requerida para acceder a los datos de la declaración fiscal**

Para las personas y las familias elegibles para APTC y para CSR, HealthSource RI debe obtener autorización para la liberación de la información de la declaración fiscal para poder acceder a información financiera actualizada y para volver a determinar la elegibilidad de cada persona para ayuda financiera. La persona concede dicho consentimiento durante el proceso de solicitud y puede proporcionar una autorización de hasta 5 años. Este

<sup>263</sup> 45 CFR 155.335(c)

consentimiento se puede encontrar en el sitio web de HealthSource RI.<sup>264</sup>

La persona también puede proporcionar un consentimiento para que un representante autorizado designado obtenga acceso a esta información con la finalidad de representarla en una audiencia. Si HealthSource RI no posee una autorización válida para acceder a los datos fiscales de una persona, solo puede realizar una redeterminación para la elegibilidad para QHP sin ayuda financiera. Los datos fiscales son esenciales para la determinación de la elegibilidad para créditos fiscales y reducciones de costos compartidos. HealthSource RI no podrá realizar la redeterminación de la elegibilidad para IAP hasta que la persona autorice el acceso a los datos fiscales.

## **b) Redeterminación de la elegibilidad**

Cada año, HealthSource RI enviará un aviso a los clientes existentes para alentarlos a realizar actualizaciones de la información pertinente que pueda influir en la elegibilidad para la cobertura y la asistencia para la disponibilidad (p. ej., tamaño de la familia, ingreso, encarcelamiento, inmigración). El proceso de solicitud utilizado durante una renovación será abreviado y será completado previamente con los datos de solicitud del año actual hasta donde sea posible.<sup>265</sup>

## **c) Fecha de cobertura efectiva**

Suponiendo que se tomen todos los pasos necesarios de la solicitud en conformidad con los tiempos límites correspondientes, una redeterminación para la cobertura puede ser efectiva el primer día del siguiente año de cobertura.<sup>266</sup>

## **D. Conciliación de la inscripción**

En cumplimiento con 45 CFR §155.400(d), se requiere que HealthSource RI concilie los registros de la inscripción con todas las compañías de seguros médicos participantes y HHS mensualmente. Debido a que Los Centros para los Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) pagan APTC y CSR a las compañías de seguro médico sobre la base de los archivos de inscripción, es fundamental la conciliación de los datos de inscripción de las entidades. Además, los datos de inscripción retenidos por HealthSource RI se usan como la base para la generación anual de los datos fiscales Formulario 1095-A para los clientes. La información precisa de inscripción permite a CMS realizar pagos correctos para APTC y CSR. También ayuda al aseguramiento de la calidad que los datos usados para los análisis y las medidas sean precisos y que los sistemas de facturación e inscripción también sean correctos.

### **1) Proceso de conciliación de los datos de inscripción**

Cuando los clientes se inscriben en la cobertura a través de HealthSource RI o realizan cambios a la cobertura, HealthSource RI envía una transacción de inscripción a la compañía de seguro médico relevante. Para garantizar la precisión y la totalidad de la información y para conservar la información coherente entre las compañías de seguros médicos y HealthSource RI, se usa un proceso denominado “conciliación de los

<sup>264</sup> disponible en el siguiente enlace: <https://healthsourceri.com/application-policies/>

<sup>265</sup> Todos los datos que informe un cliente se verificarán usando los procesos descritos en 45 CFR §§155.315 y 155.320.

<sup>266</sup> 45 CFR 155.335(i)-(j)

datos de inscripción”. Al menos mensualmente, HealthSource RI utiliza un proceso de conciliación mensual automática para comparar los datos de los sistemas de facturación y de inscripción con los datos de la compañía de seguro médico.

## **2) Resolución de discrepancias en la inscripción**

HealthSource RI resolverá las discrepancias identificadas a través del proceso de conciliación de la inscripción. La resolución incluirá la corrección de la facturación errónea o de la inscripción del plan.

### **a) Primas sobrefacturadas**

HealthSource RI puede corregir de manera retroactiva cualquier monto de prima sobrefacturada de un monto de prima incorrectamente alto. HealthSource RI debe, dentro de un tiempo razonable a partir del descubrimiento de la sobrefacturación, acreditar la prima sobrefacturada a las cuentas de los inscritos, devolver el monto sobrefacturado a los inscritos o usar una combinación de ambas soluciones.

### **b) Primas subfacturadas**

El término “prima subfacturada” se refiere a una circunstancia en la que HealthSource RI factura a un inscrito un monto de prima incorrectamente bajo (o directamente no factura al inscrito). HSRI puede, dentro de un tiempo razonable a partir del descubrimiento de la subfacturación, generar una factura corregida y actualizar debidamente los balances de las cuentas de los clientes.

## Capítulo 9: Elegibilidad individual y apelaciones del SHOP

### A. Revisión del proceso de reclamos y apelaciones de HealthSource RI

HealthSource RI apunta a proveer un proceso de reclamos y apelaciones integrado y centrado en el cliente. Hasta el mayor grado posible, el proceso permite a los clientes resolver asuntos rápida e informalmente, con el objetivo de evitar la necesidad de una audiencia formal mientras que también respalda un derecho del cliente para lograr una audiencia cuando se la desee.<sup>267</sup> Las apelaciones de MAGI, Medicaid y HealthSource RI se manejan de manera coordinada en HealthSource RI y en la Oficina Ejecutiva de Salud y de Servicios Humanos (EOHHS).<sup>268</sup>

Los solicitantes y los inscritos están autorizados a una audiencia para apelar las siguientes acciones:<sup>269</sup>

- Si son elegibles para comprar un plan del Mercado, incluido un plan de seguro médico Catastrófico.<sup>270</sup>
- Si pueden inscribirse en un plan del Mercado fuera del período regular de inscripción abierta.<sup>271</sup>
- Si son elegibles para costos inferiores basados en los ingresos.<sup>272</sup>
- El monto de ahorros para el que son elegibles.<sup>273</sup>
- Una redeterminación de elegibilidad, incluido el monto de APTC y el nivel de CSR.<sup>274</sup>
- Si fueron suspendidos o si les cancelaron la inscripción correctamente de un QHP.<sup>275</sup>
- Si son elegibles para una exención de los requisitos para tener un seguro médico.<sup>276</sup>
- Si los empleadores o los empleados son elegibles para el Intercambio de SHOP.<sup>277</sup>

HealthSource RI administra las apelaciones de empleadores grandes,<sup>278</sup> incluido si el empleador proporciona la cobertura mínima esencial a través de un plan patrocinado por el empleador o si el empleador proporcionó una cobertura que no es asequible.

### B. Normas del proceso de reclamos

El proceso formal de reclamos puede no siempre ser el ámbito más adecuado ni el más eficiente para todos los asuntos del cliente. Varias preguntas, problemas y disputas se pueden resolver de manera informal sin la necesidad de una audiencia. En muchos casos, HealthSource RI podrá resolver el asunto de apelación de un cliente antes de la fecha de la audiencia programada para el cliente. Por lo tanto, se alienta a los clientes a presentar las inquietudes y los problemas primero telefónicamente, por correo electrónico o por fax al centro de atención de HealthSource RI, o entrar en la cuenta en línea y presentar un reclamo. Los clientes pueden

---

<sup>267</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 9; OHHS 0110.

<sup>268</sup> Id.

<sup>269</sup> R23-1-1-ACA §1.12; OHHS 0110

<sup>270</sup> R23-1-1-ACA §1.8(a), §1.8(c); OHHS 0110

<sup>271</sup> R23-1-1-ACA §1.8(a); OHHS 0110

<sup>272</sup> R23-1-1-ACA §1.8(b); OHHS 0110

<sup>273</sup> R23-1-1-ACA §1.8(b); OHHS 0110

<sup>274</sup> R23-1-1-ACA §1.8(b); OHHS 0110

<sup>275</sup> R23-1-1-ACA §1.8(d); OHHS 0110

<sup>276</sup> R23-1-1-ACA §1.13; OHHS 0110

<sup>277</sup> R23-1-1-ACA §1.30, §1.31; OHHS 0110

<sup>278</sup> R23-1-1-ACA §1.1; OHHS 0110

presentar un reclamo al entrar en sus cuentas, elegir la pestaña “Tasks” (Tareas) en la página Inicio, y luego hacer clic en “File a complaint” (Presentar un reclamo) en la pestaña Tasks.

Los reclamos se pueden presentar:

- por teléfono al 1-855-840-4774
- por correo electrónico a **HealthSource RI, Hazard Building Mailroom, 74 West Road, Suite 500, Cranston, RI 02920-8409**
- por fax al centro de atención al cliente de HealthSource RI al **401-223-6317** o
- al acceder a la cuenta en línea, elegir la pestaña “Tasks” en la Página de Inicio y hacer clic en “File a Complaint”.

En el caso de que HealthSource RI pueda satisfacer la solicitud de un cliente para cambiar de manera retroactiva la elegibilidad o la fecha de inicio de la cobertura del cliente, puede tomar hasta 30 días procesar la solicitud. En consecuencia, luego de que un cliente haya solicitado un cambio para su cobertura, el cliente será responsable de pagar por la cobertura solicitada siempre y cuando la solicitud sea procesada dentro de los 30 días de la aprobación.

### **C. Normas del proceso de apelación**

Lo siguiente describe las normas que rigen los procesos de apelaciones de EOHHS y resalta cualquier diferencia entre la elegibilidad de la persona y los procesos de apelaciones del SHOP.

#### **1) Aviso de los derechos de apelación**

A los clientes se les proporciona información acerca de los derechos de apelación en el paquete de solicitud y al momento de la determinación de la elegibilidad. Todos los avisos de decisión de elegibilidad informan a los clientes sobre el derecho a una audiencia, los procedimientos para solicitar una audiencia, el derecho a designar un representante autorizado o de su elección y las circunstancias bajo las que la ayuda pueda continuar pendiente de una apelación.<sup>279</sup> Cada aviso de decisión de elegibilidad también incluye un formulario de solicitud de apelación (ver Apéndice para una copia de muestra del formulario de apelación).

Los avisos de Medicaid se deben enviar al menos 15 días hábiles antes de la fecha de acción<sup>280</sup>, y deben incluir una declaración de la acción que tomará la agencia y la fecha efectiva de dicha acción, las razones para tomar la acción, las fuentes de derecho o las normas que respaldan la acción y el derecho del cliente a solicitar una audiencia a la agencia estatal de Medicaid.<sup>281</sup> Los avisos deben explicar que el resultado de una decisión de apelación puede producir un cambio en la elegibilidad para otros miembros de la familia y que ese cambio se puede tratar como una redeterminación.<sup>282</sup>

El mismo requisito de proporcionar un aviso de los derechos de apelación existe para empleadores y empleados que soliciten la elegibilidad en el Intercambio de SHOP.<sup>283</sup> El aviso de los derechos de apelaciones debe estar incluido en un aviso de rechazo emitido para un empleador y para un empleado. Los empleadores y los

<sup>279</sup> 42 CFR 431.206 y NPRM; 42 CFR 431.210 y NPRM; 45 CFR 155.515.

<sup>280</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid de Rhode Island Cap. 0302(D)(1)

<sup>281</sup> 42 CFR 431.211 y NPRM; 42 CFR 431.210 y NPRM.

<sup>282</sup> 45 CFR 155.515(b).

<sup>283</sup> 45 CFR 155.740(e)(2).

empleados pueden ambos apelar que el Intercambio de SHOP no tomó la decisión de la elegibilidad oportunamente.<sup>284</sup> Si un empleador no incluye a un empleado en el censo del empleador, el empleado no será elegible para el Intercambio de SHOP y no recibirá un rechazo de elegibilidad del Intercambio de SHOP.<sup>285</sup>

## 2) Solicitud de apelación

Los clientes pueden solicitar una apelación en un plazo de **30 días** a partir de la fecha de aviso de la determinación de la elegibilidad.<sup>286</sup> La solicitud se debe presentar o estampillar dentro de un período de 30 días. Se entiende que el cliente recibió el aviso de acción 5 días hábiles luego de la fecha del aviso, a menos que el cliente pueda demostrar que no la recibió dentro de ese período de 5 días.

Las solicitudes de apelaciones se pueden enviar de las siguientes maneras:

- Personalmente al centro de atención de HealthSource RI o a la oficina local de DHS.
- Por teléfono a través del centro de atención.
- Por fax al centro de atención al cliente de HealthSource RI.
- Por correo postal estadounidense a la dirección indicada en el formulario de solicitud de apelaciones.
- En línea al acceder a la cuenta del usuario, elegir la pestaña “Tasks” en la Página de Inicio y hacer clic en “File an Appeal”.<sup>287</sup>

Cuando presenta una apelación por correo postal, los clientes deben proporcionar una explicación y documentación, siempre que sea posible, con relación a la decisión que cuestionan y por qué creen que la determinación no es correcta.<sup>288</sup> Por ejemplo, si un cliente apela un aviso de terminación, el cliente debe presentar una copia de ese aviso junto con la apelación. Se requiere que los clientes que presentan una apelación en sus cuentas en línea seleccionen el aviso que están apelando desde un menú desplegable y que puedan cargar otra documentación relevante a sus cuentas. Si se presenta una apelación en línea, los clientes también deben proporcionar una corta explicación sobre la razón de la apelación en el recuadro proporcionado.

## 3) Aviso de recibo de solicitud de apelaciones

La EOHHS, luego de recibir una solicitud de apelación, enviará oportunamente el reconocimiento del recibo de la solicitud al recurrente. El reconocimiento incluirá la información relacionada con la posible elegibilidad pendiente de la apelación, y debe aclarar que cualquier APTC aplicado a la cuenta pendiente de la apelación está sujeto a conciliación.<sup>289</sup>

Debido a que una apelación presentada por un empleado cubierto a través del SHOP puede influir en el empleador, se notificará al empleador si un empleado presenta una apelación válida.<sup>290</sup>

## 4) Gestión de cuenta de apelaciones

---

<sup>284</sup> 45 CFR 155.740(c)(2) y (d)(2).

<sup>285</sup> 45 CFR 155.710(e).

<sup>286</sup> Código de reglas de OHHS § 0110.20.

<sup>287</sup> Código de reglas de OHHS § 0110.20; Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 9.

<sup>288</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 14.

<sup>289</sup> 45 CFR 155.520(d)(1).

<sup>290</sup> 45 CFR § 155.740(g)(1).

Los clientes pueden gestionar las solicitudes de apelaciones por los mismos canales en los que presentan las solicitudes de apelación: personalmente, por correo, por teléfono, por fax o en línea. Desde sus cuentas en línea, los clientes pueden designar a un representante autorizado, solicitar la apelación que se va a expedir, elegir retirar una apelación y cargar documentación de respaldo. A los clientes se les puede proporcionar una oportunidad para examinar la documentación y los registros usados durante la audiencia, en un momento razonable antes de la audiencia y durante la audiencia.<sup>291</sup>

En el Intercambio del SHOP, los recurrentes recibirán “revisiones de registros”, aunque se considerarán las solicitudes de audiencia.<sup>292</sup> Una “revisión de registros” significa los controles del funcionario de la audiencia, las bases de la decisión, las presentaciones escritas y la evidencia del recurrente y de cualquier representante de la agencia estatal correspondiente. Para solicitar una revisión de registros, el recurrente debe notificar a la oficina de apelaciones de la EOHHS o al centro de atención de HealthSource RI por adelantado y:

- Si ya se ha programado una audiencia, este aviso anticipado se deberá presentar con no menos de cinco días hábiles antes de la audiencia programada. En estos casos, las presentaciones escritas vencerán el día en el que se tendría que haber realizado la audiencia.
- Si la audiencia aún no se programó, el recurrente puede solicitar la revisión de registros en cualquier momento, y las presentaciones escritas vencerán en un plazo de 10 días a partir de esta solicitud o en otra fecha límite que se acuerde entre el recurrente y la Oficina Central de Apelaciones de la EOHHS.

A partir de la solicitud de una revisión de registros, el recurrente pierde la oportunidad de una audiencia personal.

## 5) Asignación de un representante autorizado

Los recurrentes tienen derecho a designar a un representante autorizado para representarlos en cualquier etapa de una apelación.<sup>293</sup> La designación de un representante autorizado se puede realizar de las siguientes maneras:

- Enviar por correo un documento firmado a una oficina de DHS o al centro de atención al cliente de HealthSource RI.
- Agregar un representante por teléfono a través del centro de atención.
- Acceder a la cuenta en línea.
- Ir personalmente al centro de atención de HealthSource RI o a la oficina de DHS. Si la designación es personal, también se solicitará una designación escrita.

Para las apelaciones del SHOP, los empleadores y los empleados pueden seleccionar a un representante autorizado específicamente para una apelación como parte de la solicitud de apelación. Si un empleador ya tiene un agente o un intermediario como representante autorizado y no selecciona activamente a un representante autorizado, el agente o el intermediario permanece como el representante autorizado para la apelación. Los empleados deben seleccionar activamente a un representante autorizado para una apelación. Toda la correspondencia generada a través de la Oficina de Apelaciones de la EOHHS para un recurrente que ha

---

<sup>291</sup> OHHS 0110.30.25

<sup>292</sup> OHHS 0110.30.35

<sup>293</sup> 42 CFR 435.923(a) y (b); 45 CFR 155.505(e).

designado a un representante autorizado se debe enviar a ese representante, además de al recurrente.<sup>294</sup>

## 6) Resolución informal

El proceso de resolución informal (IR) es un componente fundamental del proceso de apelaciones. HealthSource RI realizará un esfuerzo concertado para resolver las disputas del cliente antes de la fecha formal de la audiencia. DHS puede llevar adelante una resolución informal para las apelaciones relacionadas con MAGI de Medicaid. La resolución informal implica el contacto con el cliente al número telefónico o a la dirección de correo electrónico mencionada en la cuenta en línea del cliente y la solicitud información adicional que ayudará a HealthSource RI a resolver la situación. Se realizarán todos los intentos para resolver el asunto apelable antes de la audiencia, sin embargo, si el recurrente permanece insatisfecho con el resultado del proceso de resolución informal, se preserva el derecho a una audiencia.<sup>295</sup>

Si el intento fue exitoso, se le dará al cliente la posibilidad de retirar la solicitud de una audiencia formal. Si el intento no tuvo éxito, permanece el derecho del cliente a una audiencia formal, y la fecha programada para la audiencia permanece sin cambios.<sup>296</sup> HealthSource RI puede continuar sus esfuerzos para resolver de manera informal la situación del cliente, incluso hasta la fecha de la decisión correspondiente de la agencia, si es necesario. Si la apelación avanza hasta una audiencia, no se le solicitará al recurrente que proporcione documentación o información por duplicado que haya proporcionado anteriormente durante la solicitud o el proceso de resolución informal.

Un proceso de resolución informal para una apelación del SHOP puede finalizar en una decisión de apelación formal, o el empleador o el empleado pueden retirar la apelación. Como el proceso de apelaciones del mercado individual, todos los retiros de apelaciones se deben realizar por escrito.<sup>297</sup>

## 7) Retiro de la solicitud de audiencia

Se debe desestimar la solicitud de apelación si un recurrente retira la solicitud por escrito o por teléfono.<sup>298</sup> Cuando se solicita el retiro, el cliente puede hacer lo siguiente:

- Cargar una solicitud de retiro firmada en la cuenta en línea del cliente.
- Llamar a HealthSource RI.
- Solicitar un retiro personalmente en un centro de atención directa de HealthSource RI al completar un formulario de solicitud de retiro.
- Enviar por correo o por fax un formulario de solicitud de retiro escrito a una oficina local de DHS o a HealthSource RI.<sup>299</sup>

---

<sup>294</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 17.

<sup>295</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid 0110.20.05

<sup>296</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 24.

<sup>297</sup> 45 CFR § 155.740(i)(1)(i).

<sup>298</sup> 45 CFR 155.530; 42 CFR 431.223; Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 24; Reglas y regulaciones de Medicaid 0110.

<sup>299</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 34.

## 8) Solicitud de una continuación (reprogramación)

Un recurrente debe solicitar una reprogramación de la audiencia al ponerse en contacto con la Oficina de Apelaciones de la EOHHS al (401) 462-2132 antes de la audiencia. Se otorgarán no más de tres solicitudes de continuación, a menos que la Oficina de Apelaciones de EOHHS ejerza su voluntad de permitir más de tres continuaciones luego de la demostración de causa justificada.<sup>300</sup>

## 9) Abandono de la solicitud de audiencia

Se desestimarán una audiencia si se determina que se ha abandonado.<sup>301</sup> El abandono se produce cuando, sin causa justificada, una persona o el representante autorizado no comparece a una audiencia y no notificó a la Oficina de Apelaciones de la EOHHS antes de la audiencia. El cliente puede llamar a la Oficina de Apelaciones de la EOHHS para reprogramar la audiencia hasta el momento de la audiencia.

Se notificará al cliente por escrito que la solicitud de audiencia se considera abandonada y que puede ponerse en contacto con EOHHS dentro de un plazo de diez días si desea reprogramar la audiencia y puede demostrar una causa justificada por no haber comparecido a la audiencia.<sup>302</sup>

La causa justificada por no comparecer a una audiencia debe incluir, entre otros, los siguientes eventos:

- El evento imprevisto o inesperado (como pérdida o la avería del transporte, enfermedad o lesión u otros eventos más allá del control de la persona) que evitó la comparecencia de la persona.
- La lesión o la enfermedad que impidió razonablemente que la persona comparezca.
- Muerte en la familia.<sup>303</sup>

## 10) Aviso de audiencia

A los recurrentes se les debe proporcionar un aviso escrito luego de que la audiencia se haya programado. La Oficina de Apelaciones de EOHHS proveerá un aviso por escrito al recurrente acerca de la fecha, la hora y la ubicación o el formato de la audiencia luego de que se re programe, y no después de los 10 días hábiles antes de la fecha de la audiencia y no después de 15 días si es una apelación relacionada con la elegibilidad para APTC o CSR.<sup>304</sup>

Para las apelaciones relacionadas con el Intercambio de SHOP, tanto los empleadores como los empleados conservan la opción de elegir una “revisión de registros” en lugar de una audiencia.<sup>305</sup> Una revisión de registros significa que se revisarán las presentaciones escritas y la evidencia, y un funcionario de la audiencia de EOHHS emitirá una decisión.

Los recurrentes del SHOP pueden solicitar una revisión de registros al notificar a la Oficina de Apelaciones de la EOHHS o a HealthSource RI. Si la audiencia está programada, el recurrente puede programar una revisión de

---

<sup>300</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid § 0110.40.

<sup>301</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid § 0110.40.

<sup>302</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid § 0110.40.

<sup>303</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid § 0110.40.

<sup>304</sup> 45 CFR 155.535(b)

<sup>305</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid § 0110.30.35.

registros en cualquier momento al menos 10 o más días antes de la programación de la fecha de la audiencia. Un recurrente puede solicitar una revisión de registros en cualquier momento si una audiencia aún no está programada. Se debe proveer evidencia y presentaciones escritas en un plazo de 10 días a partir de la solicitud de una revisión de registros o sobre un acuerdo sobre la fecha entre el recurrente y la Oficina Central de Apelaciones de la EOHHS.<sup>306</sup>

### **11) Ayuda pendiente**

Un cliente que presenta una apelación de elegibilidad puede ser elegible para continuar con el nivel anterior de elegibilidad a la espera de la apelación.<sup>307</sup> La ayuda pendiente está disponible para los clientes que apelen una redeterminación de elegibilidad que se produjo dentro de los 30 días a partir de la fecha de presentación de la apelación. El cliente debe solicitar recibir Ayuda Pendiente por teléfono a HealthSource RI dentro de los 30 días de realizarse la redeterminación de la elegibilidad. La Ayuda Pendiente está limitada a los clientes que apelen una redeterminación de la elegibilidad.<sup>308</sup> Los nuevos solicitantes a los que se les negó la elegibilidad no pueden recibir Ayuda Pendiente.<sup>309</sup>

Luego de determinar que un cliente es elegible para recibir Ayuda Pendiente, HealthSource RI continuará la elegibilidad del cliente para inscribirse en una QHP, en APTC y en CSR, según corresponda, en conformidad con el nivel de elegibilidad en efecto inmediatamente antes de apelar la redeterminación. El cliente debe continuar pagando las primas o HSRI puede suspender la cobertura según lo estipulado en 45 CFR 155.430(b)(2)(ii). Los APTC pagados mientras la apelación está pendiente están sujetos a la conciliación de IRS al final del año fiscal. Si la apelación resulta en una determinación que no es favorable para el cliente (p. ej., reduce la cantidad de APTC para los que es elegible) la persona podría ser responsable de volver a pagar los APTC para las que IRS determine que no es elegible.

### **12) Documentación de respaldo**

Los clientes tienen la posibilidad de presentar documentación de respaldo personalmente, en línea, por correo o por fax vía HealthSource RI. Se cargará automáticamente la documentación presentada en línea a la cuenta en línea del cliente. Se digitalizará y se cargará la documentación presentada personalmente, por correo o por fax, en la cuenta del cliente y se incluirá en el paquete de evidencia para todas las apelaciones que no sean del SHOP. Se incorporará la documentación presentada para una apelación del SHOP en la evidencia presentada.<sup>310</sup>

### **13) Paquete de evidencia**

Las personas deben tener el derecho de examinar su registro de apelación o el archivo del caso, incluso toda la documentación y los registros que se usarán durante la audiencia, en un tiempo razonable antes de la fecha de la audiencia y durante la audiencia. Los clientes deben tener el derecho de preguntar o de refutar cualquier evidencia que se use en la apelación.<sup>311</sup> Se pueden presentar solicitudes de copias del paquete de evidencia por

---

<sup>306</sup> Id.

<sup>307</sup> 45 CFR §155.525; R23-1-1-ACA §1.8

<sup>308</sup> 45 CFR §[155.330\(e\)\(1\)\(ii\)](#); 45 CFR §[155.335\(h\)\(1\)\(ii\)](#); 78 Reg. Fed. 169

<sup>309</sup> 78 Reg. Fed. 169

<sup>310</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 34.

<sup>311</sup> 42 CFR 431.242 y NPRM; 45 CFR 155.535(d).

teléfono o personalmente.

Para que se incluya la Información Fiscal Federal (FTI) en el paquete de evidencia y para que se revise durante la audiencia, todos los adultos en la familia deben firmar una autorización. El funcionario de la audiencia y el personal de respaldo también deben firmar un formulario de aceptación del usuario para poder ver la FTI.

En el Intercambio de SHOP, a los clientes se les permite presentar evidencia.<sup>312</sup> El Intercambio considerará solicitudes para un paquete de evidencia para el Intercambio de SHOP de recurrentes cuya apelación será adjudicada con una audiencia.

#### **14) Respuesta de la agencia**

La agencia responsable de la apelación preparará una respuesta de la agencia que se presentará en la audiencia de apelación y se incluirá en el paquete de evidencia. La respuesta de la agencia resume los descubrimientos de la agencia, respalda la acción de la agencia original e incluye la normativa o la política utilizada para la decisión. Se debe regresar la respuesta de la agencia estatal, electrónicamente o manualmente, a la Oficina Central de Apelaciones de la EOHHS dentro de los siete (7) días.<sup>313</sup>

#### **15) Modalidad de audiencia de apelación y adjudicadores**

Las audiencias de apelaciones se deben escuchar oralmente, se deben realizar en un día, un horario y un lugar razonables por medio de un funcionario de audiencia imparcial.<sup>314</sup>

Se pondrá a disposición un intérprete para las personas que necesiten los servicios de interpretación. Durante la audiencia, el cliente puede presentar documentación adicional y puede presentar el caso al funcionario de la audiencia que estará atendiendo el caso *de novo* (sin conocimiento anterior del asunto específico).

Se debe registrar la audiencia, y los testigos prestarán juramento al funcionario de apelaciones.<sup>315</sup> Todas las audiencias seguirán el siguiente procedimiento:

- Una declaración del funcionario de las apelaciones que revise el propósito de la audiencia, el motivo de la audiencia, los procedimientos de la audiencia, las bases sobre las que se tomará la decisión y la forma en que se informará a las personas acerca de la decisión.
- Una declaración del representante de la agencia que establezca las políticas sobre las que se tomó o se rechazó la acción.
- Una declaración del demandante (o del representante autorizado) que describa su interpretación del asunto; y un análisis completo y abierto de todos los hechos y las políticas en cuestión por parte de los participantes bajo el liderazgo activo del funcionario de apelaciones.<sup>316</sup>

#### **16) Apelaciones aceleradas**

---

<sup>312</sup> 45 CFR § 155.740(j).

<sup>313</sup> Reglas y regulaciones de Medicaid § 0110.30.15

<sup>314</sup> 42 CFR 431.205(d); 42 CFR 431.240; Propuesta 45 CFR 155.505(d); Propuesta 45 FR 155.535(c); Preámbulo 4648.

<sup>315</sup> Código de reglas de OHHS § 0110.55.

<sup>316</sup> Código de reglas de OHHS § 0110.55.

Un cliente puede solicitar un proceso acelerado cuando exista la necesidad inmediata de servicios médicos porque una apelación estándar podría comprometer gravemente la salud o la vida del cliente o la capacidad de obtener, conservar o recuperar la función máxima.<sup>317</sup> Si se rechaza la solicitud de apelación acelerada, la Oficina de Apelaciones de la EOHHS debe tratar la solicitud de apelación según el cronograma estándar y debe realizar los “esfuerzos razonables” para informar al demandante acerca del rechazo por medio de notificación electrónica u oral.<sup>318</sup> Las solicitudes de apelación acelerada se revisarán caso por caso.<sup>319</sup>

Las solicitudes aceleradas no están disponibles para apelaciones relacionadas con el SHOP.

## 17) Decisiones

Las decisiones de la apelación se deben escribir y basar exclusivamente en la evidencia relevante proporcionada durante el curso de la apelación, incluso durante la audiencia, y la ley correspondiente. Las decisiones deben:

- Indicar la decisión, incluso una descripción en un lenguaje simple de los efectos sobre la elegibilidad del demandante.
- Resumir los hechos relevantes de la apelación.
- Identificar las bases legales de la decisión, incluidas las normas que la respaldan y cualquiera y todas las conclusiones de la ley.
- Establecer la fecha efectiva de la decisión.
- Explicar el derecho del cliente a buscar una apelación con HHS si permanece insatisfecho con la determinación de elegibilidad de APTC/CSR.<sup>320</sup>

La EOHHS emitirá un aviso escrito de la decisión de la apelación al cliente dentro de los 30 días,<sup>321</sup> pero en ningún caso debe superar los 90 días de la solicitud de apelación como “administrativamente viable”.<sup>322</sup> La EOHHS debe dejar a disposición el registro o las decisiones de la apelación, según corresponda, en un lugar y en un tiempo conveniente, y también debe proporcionar acceso público a todos los registros o a las decisiones sujetas a las leyes de confidencialidad y privacidad estatales y federales correspondientes, que requieran exposición de información personal cuando corresponda.<sup>323</sup> La EOHHS garantizará que los registros o las decisiones de la apelación, según corresponda, estén disponibles para el demandante o para el público, a pedido, y en una copia en papel o electrónica.<sup>324</sup>

En el Intercambio del SHOP, el registro de apelación debe estar disponible para empleadores para una apelación del empleador. El registro de la apelación debe estar disponible tanto para empleadores como para empleados para apelaciones del empleado.<sup>325</sup> Se redactará la información confidencial y las apelaciones del SHOP no estarán a disposición del público.<sup>326</sup>

---

<sup>317</sup> 45 CFR 155.540(a); 42 CFR 431.244.

<sup>318</sup> 45 CFR 155.540(b); 42 CFR 431.244(f)(3)

<sup>319</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 12.

<sup>320</sup> 45 CFR S. 155.545(a), también OHHS 0110.60

<sup>321</sup> Código de reglas de OHHS § 0110.45.

<sup>322</sup> 45 CFR 155.545(b)(1)

<sup>323</sup> 45 CFR 155.550

<sup>324</sup> Preámbulo 4666

<sup>325</sup> 45 CFR §155.740(o) que hace referencia a 45 CFR §155.550

<sup>326</sup> Id.

Se difundirán las decisiones por escrito a las siguientes personas y agencias, dependientes según la elegibilidad para el programa del cliente:

- Recurrente.
- Representante autorizado, si está designado.
- Funcionario en campo de DHS.
- Supervisor del caso de DHS.
- Gerente regional de DHS.
- Oficina de la política de la EOHHS.
- Director asociado, División de Servicios Médicos (solo en casos cuando la decisión de Medicaid sea a favor del recurrente).
- El equipo de apelaciones y el consejo legal de HealthSource RI.<sup>327</sup>
- El empleador, en el caso de la apelación de un empleado en el Intercambio del SHOP.<sup>328</sup>

Cualquier decisión a favor de la persona se aplicará de las siguientes maneras:<sup>329</sup>

- Prospectivamente, el primer día del mes posterior a la fecha del aviso de la decisión de la apelación, o coherente con §155.330(f)(2), (3), (4), o (5).
- Retroactivamente, a la fecha en que se realizó la determinación incorrecta de la elegibilidad, a opción del recurrente.

Además, si se ingresa una decisión a favor de una persona, HealthSource RI determinará la elegibilidad de los miembros del hogar que no apelaron sus propias determinaciones de elegibilidad, pero cuya elegibilidad puede resultar afectada por la decisión de la apelación, en conformidad con las normas especificadas en § [155.305](#).

#### **D. Anexo**

##### **1) Formulario de apelación de muestra**

---

<sup>327</sup> Manual de operaciones de apelaciones, Proyecto de infraestructura de salud unificada de Rhode Island, Borrador V 1.0 (26 de julio del 2013) a las 10-11.

<sup>328</sup> 45 CFR § 155.740(m).

<sup>329</sup> 45 CFR §155.545(c)

## APPEAL FORM

### Appeal Request Process

You may request an appeal by doing one of the following below. If you submit this form, the state will complete a review of your case to try to resolve the issue.

- **Online.** Log into your account at [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov) and click on "file an appeal".
- **By phone.** You can file an appeal regarding Medicaid and Private Health Coverage through HealthSource RI by calling HealthSource RI at 1-855-840-HSRI (4774). For questions about filing an appeal for human services programs such as SNAP, RIW, Child Care, GPA, or SSP call the Department of Human Services at 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **In person.** For in-person assistance visit [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) to view office locations.
- **By mail.** Complete this form and mail it to ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

---

Name (required): \_\_\_\_\_

Date of Birth (required): \_\_\_\_\_

Account Number: \_\_\_\_\_

Address (required): \_\_\_\_\_

Phone number: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Do you need help speaking, reading or writing English?  Yes  No:

If yes, what is your primary language? \_\_\_\_\_

Preferred method of contact (circle one): email / paper mail

You must check off the reason(s) for your appeal:

Health Coverage:

\_\_\_\_\_ Medicaid  
\_\_\_\_\_ Private Plan - HealthSource RI  
\_\_\_\_\_ Both/Unsure

Human Services:

\_\_\_\_\_ SNAP  
\_\_\_\_\_ RIW  
\_\_\_\_\_ SSP

\_\_\_\_\_ GPA  
\_\_\_\_\_ CHILD CARE

\_\_\_\_\_ Other (Please explain) \_\_\_\_\_

For More information visit [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov)

Para más información visite [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov)

Para mais informações visite [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov)

Please explain the reason for your appeal:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Do you need important health services or SNAP benefits immediately? If so, would you like an expedited appeal?  Yes  No:

If yes, Please explain:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**IF THE HEARING DECISION IS NOT IN MY FAVOR, I UNDERSTAND THAT I MUST REPAY ANY ASSISTANCE AND/OR SNAP BENEFITS FOR WHICH I AM DETERMINED INELIGIBLE**

Check this box if someone is going to help you with the appeal or represent you during the appeals process. This can be an attorney, friend, or family member. Provide this person's contact information:

Name: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

Would you like your coverage and benefits to continue unchanged while you wait for a hearing decision?  Yes  No:

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Recipient)

**TO BE COMPLETED BY THE AGENCY ONLY:**

APPEAL IS ABOUT: \_\_\_\_\_ RIW \_\_\_\_\_ MEDICAID \_\_\_\_\_ GPA  
\_\_\_\_\_ SNAP \_\_\_\_\_ PRIVATE HEALTH PLAN \_\_\_\_\_ CHILD CARE  
\_\_\_\_\_ OTHER \_\_\_\_\_

Indicate Specific Policy Manual Reference: Section(s) \_\_\_\_\_

Agency response to appeal/explanation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agency Representative (Signature) \_\_\_\_\_ Supervisor(Signature) \_\_\_\_\_  
(Print Name) \_\_\_\_\_ (Print Name) \_\_\_\_\_

Local Office \_\_\_\_\_

For More information visit [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov)  
Para más información visite [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov)  
Para mais informações visite [www.healthyrhode.ri.gov](http://www.healthyrhode.ri.gov)

## Capítulo 10: Exenciones y pagos de responsabilidad compartida

### E. Descripción general de las exenciones y los pagos de responsabilidad compartida

La Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (ACA) requiere que las personas tengan una “cobertura esencial mínima” (MEC) todos los meses de un año fiscal o que realicen un pago de responsabilidad compartida (a veces referido como una “tarifa”) cuando presentan la declaración federal de impuestos luego de finalizar el año.<sup>330</sup> Los contribuyentes deben realizar el pago de responsabilidad compartida para ellos mismos y para cualquier dependiente fiscal que no tenga MEC.<sup>331</sup> El pago de responsabilidad compartida se basa en la cantidad de meses para los que una persona no tenga una MEC (con algunas excepciones descritas a continuación). Si la persona tiene una MEC para un único día en un mes, se considera que la persona tiene una MEC para ese mes.<sup>332</sup>

El pago de responsabilidad compartida se muestra en la siguiente tabla.<sup>333</sup> Las personas que necesiten realizar un pago de responsabilidad compartida deben pagar el mayor de un conjunto de porcentajes de ingresos por encima del umbral de la declaración de impuestos<sup>334</sup> o un monto fijo en dólares como se muestra en la tabla a continuación. Existe un límite sobre la cantidad del pago de responsabilidad compartida para familias, independientemente del tamaño de la familia. *El pago total de la responsabilidad compartida para el año fiscal no puede superar el promedio nacional de las primas anuales de un plan Bronce ofrecido a través del mercado federal.*

**Tabla 1. Pago de responsabilidad compartida**

Año	El pago es superior a:	
	Ingreso por encima del umbral de la declaración de impuestos (%)	Monto fijo en dólares
		Adulto Niños
<b>2016 y posterior</b>	2.5 %	\$695 \$347.50
		(Hasta \$2,085 por familia)

Luego del 2016, el pago de responsabilidad compartida de \$695 se puede ajustar según los cambios en los costos de vida.<sup>335</sup>

Si una persona carece de una MEC durante todo el año, se le solicitará realizar el pago completo de la responsabilidad compartida. Si un cliente no posee una MEC solo durante un subconjunto de meses, el tamaño del pago de responsabilidad compartida se prorratea de acuerdo con la cantidad de meses que la persona no tuvo la MEC.<sup>336</sup> Por ejemplo, una persona que carece de MEC durante 6 meses del año, deberá pagar el 50 % (que proviene de  $6/12=0.50$ ) del pago de responsabilidad compartida identificado en la Tabla 1 anterior.

<sup>330</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-1(a)

<sup>331</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-1(c)

<sup>332</sup> 26 CFR 1.5000A-1(b)

<sup>333</sup> 26 CFR 1.5000A-4(b)

<sup>334</sup> El IRS establece el registro de la declaración de impuestos anualmente. Los individuos cuyos ingresos superen el límite de declaración de impuestos deben realizar una declaración impositiva. Existen diferentes límites para cada uno de los siguientes tipos de condiciones de declaración de impuestos: soltero, jefe de familia, casado que declara en pareja, cónyuge sobreviviente y casado que declara por separado. Estos límites deben usarse para calcular el pago de responsabilidad compartida de un individuo.

<sup>335</sup> 26 CFR 1.5000A-4(b)(iv)

<sup>336</sup> 26 U.S. Código § 5000A(e)(4)(B)(iii)

Las personas y las familias pueden solicitar una exención de este requisito bajo la Ley de Cuidado Asequible ("ACA"). Existen varias categorías de exenciones.<sup>337</sup> En general, estas exenciones están diseñadas para garantizar que las personas que enfrentan problemas financieros o que tengan motivos religiosos u otros motivos para no inscribirse en la cobertura no sufran una sanción económica. Existe también una exención para clientes que tengan brechas cortas en la cobertura durante el año fiscal.<sup>338</sup> La elegibilidad para estas exenciones y el proceso de solicitud para solicitar una exención se describen en detalle a continuación.

## F. Cobertura esencial mínima (MEC)

### 1) Descripción general

Las personas que no tengan una MEC durante tres meses consecutivos o más durante el año anterior deberán realizar un pago de responsabilidad compartida cuando presenten la declaración federal de impuestos luego del final de año.<sup>339</sup>

En otras palabras, las personas pueden estar *hasta* tres meses sin una MEC sin incurrir en una sanción, pero luego de estar tres meses o más sin una MEC, ya no corresponderá la exención de "brecha corta en la cobertura". Los siguientes tipos de cobertura médica privada y patrocinada por el gobierno califican como MEC:<sup>340</sup>

<b>Cobertura privada.</b>
<p>Plan patrocinado por el empleador, que incluye:<sup>341</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de seguro médico grupal ofrecido por, o en representación de, un empleador a los empleados.<sup>342</sup></li> <li>• Planes médicos grupales autoasegurados bajo los cuales se ofrezca cobertura por, o en representación de, un empleador a los empleados, independientemente de si el plan se pudiera ofrecer en el mercado de grupos grandes o pequeños en un estado.<sup>343</sup></li> <li>• Cobertura COBRA.<sup>344</sup></li> <li>• Cobertura para jubilados<sup>345</sup>.</li> <li>• Planes ofrecidos a un empleado por parte de un tercero, como ser la organización de un empleador profesional o una empresa de alquiler, en representación de un empleador.<sup>346</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de mercado individual, que incluye un plan comprado a través de HealthSource RI.<sup>347</sup></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de salud protegido.<sup>348</sup> Un plan protegido es un plan de seguro médico individual o grupal que existió antes del 23 de marzo del 2010, que proporcionó cobertura de manera</li> </ul>

<sup>337</sup> Sección ACA 1311; 26 CFR 1.5000A-3

<sup>338</sup> 26 U.S. Código § 5000A(e)(4)(A)

<sup>339</sup> 26 U.S. Código § 5000A(b)(1)

<sup>340</sup> Sección ACA 1501; 45 CFR 156.602. Observe que esta definición del MEC es a fines del pago de responsabilidad compartida; no es la definición del MEC que se usa para determinar la elegibilidad para obtener créditos fiscales anticipados para primas ni reducciones de costos compartidos.

<sup>341</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(c)

<sup>342</sup> 26 CFR 1.5000A-2(c)

<sup>343</sup> 26 CFR 1.5000A-2(c)(ii).

<sup>344</sup> Consulte las Preguntas y respuestas del IRS sobre el pago de responsabilidad compartida, disponible en el siguiente enlace:

<http://www.irs.gov/Questions-and-Answers-on-the-Individual-Shared-Responsibility-Provision>. Último acceso el 11 de noviembre de 2013.

<sup>345</sup> 78 Reg. Fed. 53650

<sup>346</sup> 26 CFR 1.5000A-2(c)

<sup>347</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(d)

<sup>348</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(e)

continúa desde entonces y que no sufrió cambios sustanciales.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura de salud de estudiante autofinanciado<sup>349</sup> (para años de plan que comiencen antes del 31 de diciembre del 2014 o durante ese día. Luego de esa fecha, los planes deben garantizar el reconocimiento de HHS para considerarse MEC).</li> </ul>

<b>Cobertura patrocinada por el gobierno</b>	
Cobertura Parte A de Medicare <sup>350</sup> y Medicare Advantage. <sup>351</sup>	Medicaid <sup>352</sup> (existen exenciones limitadas descritas en detalle a continuación).
Algunos tipos de cobertura de salud para veteranos <sup>353</sup> y cobertura militar TRICARE. <sup>354</sup>	Programa de seguro médico para niños, también conocido como Rite Care. <sup>355</sup>
Planes para voluntarios en cuerpos de paz. <sup>356</sup>	Programa de beneficios de salud con fondos no asignados del Departamento de Defensa. <sup>357</sup>
Cobertura de asistencia médica para refugiados <sup>358</sup> que proporciona hasta ocho meses de cobertura para refugiados.	Cobertura de fondo estatal de alto riesgo <sup>359</sup> (para años de plan que comiencen antes del 31 de diciembre del 2014 o durante ese día. Luego de esa fecha, los planes deben garantizar el reconocimiento de HHS para considerarse MEC).

**a) Tipos de cobertura limitada de Medicaid que no cuentan como MEC**

Se considera que las personas que están inscritas en Medicaid y reciben beneficios completos tienen una MEC. Sin embargo, a algunas personas que reciben beneficios limitados en Medicaid no se considera que tengan una MEC para los fines del pago de responsabilidad compartida. Los siguientes tipos de cobertura de Medicaid no se consideran como MEC:

- Cobertura de servicios relacionados con el embarazo proporcionada a mujeres embarazadas bajo categorías seleccionadas de elegibilidad de Medicaid.<sup>360</sup>
- Cobertura opcional de servicios de planes de familia.
- Cobertura de condiciones médicas de emergencia para personas que son elegibles para Medicaid debido a su condición de inmigración.
- Cobertura opcional de servicios relacionados con la tuberculosis.

**G. Exenciones del pago de responsabilidad compartida**

<sup>349</sup> 26 CFR 156.602(a)

<sup>350</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(b)(i)

<sup>351</sup> 26 CFR 156.602(c)

<sup>352</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(b)(ii)

<sup>353</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(b)(v)

<sup>354</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(b)(iv) Para obtener información adicional sobre los programas de atención médica para veteranos, consulte 38 USC 17.

<sup>355</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(iii)

<sup>356</sup> Sección ACA 1501; 26 CFR 1.5000A-2(b)(vi) Para obtener información adicional sobre los planes para voluntarios de los Cuerpos de Paz, consulte 22 USC 2504(e).

<sup>357</sup> 26 CFR 1.5000A-2(b)(vii). Este programa también es un plan elegible patrocinado por el empleador (78 Fed. Reg. 53651).

<sup>358</sup> 26 CFR 156.602(b)

<sup>359</sup> 26 CFR 156.602(d)

<sup>360</sup> Incluye a los individuos inscritos en el grupo de mujeres embarazadas y niños relacionado con el nivel de pobreza (1902(a)(10)(A)(i)(IV)) y el grupo de individuos relacionado con el nivel de pobreza opcional (1902(a)(10)(A)(ii)(IX)).

## 1) Descripción general

Algunas personas pueden ser elegibles para una exención del pago de responsabilidad compartida. En general, estas exenciones están diseñadas para garantizar que las personas que enfrentan problemas financieros o que tengan motivos religiosos u otros motivos para no inscribirse en la cobertura no sufran una sanción económica.

Según el tipo de exención que se busque, las personas tienen dos formas de buscar una exención: pueden solicitar una exención a través de los Centros para Servicios de Medicare y de Medicaid ("CMS") o pueden solicitar la exención cuando presentan la declaración federal de ingresos.<sup>361</sup> Los avisos del resultado de elegibilidad para la exención emitidos por CMS tendrán un número de certificado.

Los clientes deben conservar este número para usarlo al presentar los impuestos federales. Las leyes federales establecen qué vías están disponibles para cada exención. En algunas instancias, los declarantes de impuestos pueden elegir entre solicitar un certificado de exención a través de CMS o solicitar la exención cuando presenten los impuestos federales de ingresos.

Para más información acerca de los tipos de exenciones disponibles o del proceso para presentar una exención en CMS o a través de la presentación fiscal, visite:

<https://www.healthcare.gov/health-coverage-exemptions/exemptions-from-the-fee/>.

---

<sup>361</sup> 45 CFR 155.625

## Capítulo 11: Elegibilidad para el SHOP de HealthSource RI

### A. Descripción general del SHOP de HealthSource RI

El estado de Rhode Island opera un Intercambio del Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (SHOP) para proporcionar acceso a planes de salud autorizados a empleadores con 50 empleados o menos. La elegibilidad del empleador para participar en el Intercambio del SHOP se determina inmediatamente cuando un empleador establece una cuenta. La elegibilidad del empleado se establece cuando el empleador coloca al empleado en el censo del empleador.

Los empleadores tienen dos opciones para proporcionar a los empleados acceso a planes de salud autorizados: la opción Plan Único o la opción Elección Completa para el Empleado. Los empleadores que seleccionen la opción Plan Único pondrán a disposición de todos los empleados un plan de salud. Los empleadores que elijan Elección Completa para el Empleado realizarán una contribución estándar para la cobertura patrocinada por el empleador, y los empleados pueden utilizar la contribución para comprar cualquier plan de salud en el Intercambio del SHOP que elijan.

A diferencia de la cobertura individual, los empleadores pueden inscribirse en el Intercambio de SHOP para proporcionar cobertura a empleados en todo momento durante el año. Los empleados elegibles tendrán un período estándar de elección establecido por el empleador<sup>362</sup> luego de que el empleador se inscriba en el SHOP o cuando el empleado se una al empleador.

Históricamente, los agentes tuvieron una función fundamental en la inscripción y el mantenimiento de planes de salud para grupos pequeños, y esta relación continúa en el Intercambio del SHOP. Si están autorizados por un empleador, los agentes se pueden asignar a la cuenta del empleador y tomar decisiones con relación a las opciones de cobertura de los empleadores y de los empleados.

Este capítulo contiene información adicional acerca de la elegibilidad del empleador y del empleado para el SHOP, las condiciones con relación a los períodos de inscripción, los productos complementarios, la representación del agente, las políticas de pago y las cancelaciones de suscripción del SHOP. El apéndice contiene información sobre el crédito fiscal para pequeños negocios disponible para algunos empleadores del SHOP para ayudarles a pagar las primas de seguro médico, así como información acerca de la cobertura COBRA y “mini-COBRA” para empleados.

### B. Procedimientos del SHOP para la inscripción y la elegibilidad del empleador

Los empleadores pequeños ubicados en Rhode Island pueden participar en el Intercambio del SHOP si ofrecen cobertura a todos los empleados de tiempo completo y pueden proporcionar una contribución aceptable hacia los costos de cobertura del empleado. Esta sección detalla los requisitos específicos de elegibilidad para pequeños empleadores que deseen participar en el Intercambio del SHOP. Esta sección también distingue entre la información necesaria para determinar la elegibilidad del SHOP frente a la información necesaria para establecer una cuenta SHOP del empleador para que el empleador invite a los empleados a inscribirse en la cobertura.

---

<sup>362</sup> 45 CFR 155.725(c)(2)

Para ver los planes u obtener cotizaciones antes de inscribirse, los empleadores, los agentes y otros representantes pueden visitar [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) y acceder a una hoja de tarifas comparativa, así como usar una calculadora de tarifa de plan que muestre una lista de planes e información de las tarifas. A los agentes también se les ofrece una herramienta de cotización. Para ofrecer realmente planes de salud a los empleados disponibles a través del Intercambio del SHOP, los empleadores deben crear una cuenta. Por lo tanto, en ese momento, la elegibilidad del empleador está integrada con el proceso de creación de la cuenta.

## 1) Requisitos del SHOP para la elegibilidad del empleador

Un empleador elegible debe cumplir tres requisitos: a) debe ser un empleador pequeño; b) debe ofrecer cobertura del Intercambio del SHOP a todos los empleados de tiempo completo; y c) debe tener una dirección comercial principal o un sitio de trabajo principal con empleados elegibles en el área de servicios del Intercambio del SHOP (el estado de Rhode Island).<sup>363</sup>

### a) El empleador debe ser un empleador pequeño

Para calificar, los empleadores deben tener al menos un empleado inscrito que no sea el propietario o el cónyuge del propietario.<sup>364</sup> Un empleador es una persona con uno o más empleados que actúa directamente como un empleador, o indirectamente en el interés de un empleador, en relación con un plan de beneficios para el empleado, e incluye un grupo o una asociación de empleadores que actúa como un empleador con dicha capacidad.<sup>365</sup> A partir del 2016, un pequeño empleador se define como un empleador que emplea un promedio de al menos uno y no más de 50 empleados durante los días hábiles durante el año fiscal anterior y que emplea al menos a un empleado durante el primer día del año fiscal. En el caso de un empleador que no estuvo en existencia a lo largo del año fiscal anterior, la determinación de que si el empleador es un empleador pequeño se basa en la cantidad promedio de empleados que se espera razonablemente que el empleador emplee durante los días laborables en el presente año fiscal.<sup>366</sup>

Se define un empleado como una persona contratada por un empleador.<sup>367</sup> La cantidad de empleados se determina en conformidad con las normas federales de recuento de empleados establecidas en 26 U.S.C. 4980(H)(2) (ver a continuación).<sup>368</sup> Los empleadores pueden utilizar la calculadora de empleado equivalente de tiempo completo (FTE), disponible en <https://www.healthcare.gov/shop-calculators-fte/> para contar la cantidad total de empleados que tienen y ver si califican para el SHOP.

**26 U.S. Código § 4980H – Responsabilidad compartida para empleadores con relación a la cobertura de salud**

<sup>363</sup> 45 CFR §155.710

<sup>364</sup> 45 CFR 155.710; 80 FR 10869

<sup>365</sup> 45 CFR 155.20 (Se brinda el significado del término empleador para los empleadores en la sección 2791 de la Ley PHS, a menos que ese término incluya a [empleadores](#) con uno o más empleados); Ley PHS, 42 U.S.C. §300gg-91(d)(6) (se brinda el significado del término “empleador” en la sección 3(5) de la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación para los Empleados de 1974 [29 U.S.C. 1002 (5)]; 29 U.S.C. §1002(5)

<sup>366</sup> 45 CFR 155.20

<sup>367</sup> 45 CFR 155.20; Ley PHS, 42 U.S.C. §300gg-91(d)(5); 29 U.S.C. §1002(6)

<sup>368</sup> 45 CFR 155.20; 26 U.S.C. 4980H(2)

**(B) Exención para algunos empleadores**

(i) En general, no se debe considerar que un empleador emplea a más de 50 empleados de tiempo completo si:

(I) la mano de obra del empleador supera los 50 empleados de tiempo completo durante 120 días o menos durante el año calendario, y

(II) los empleados que superen los 50 empleados durante este período de 120 días fueran trabajadores temporarios.

(ii) Definición de trabajadores temporarios

El término “trabajador temporario” significa un trabajador que realiza una tarea o un servicio durante una temporada como se lo define en la Secretaría de Trabajo, que incluye trabajadores cubiertos por la sección 500.20(s)(1) del título 29, Código de Regulaciones Federales y trabajadores del sector minorista empleados exclusivamente durante temporadas de vacaciones.

**(C) Reglas para determinar el tamaño del empleador con fines de este párrafo:**

(i) Aplicación de la norma de agregación para empleadores

Todas las personas tratadas como un empleador único según la subsección (b), (c), (m) o (o) de la sección 414 del Código de Ingresos Internos de 1986 se deben tratar como 1 empleador.

(ii) Empleadores sin existencia en el año anterior

En el caso de un empleador que no estuvo en existencia a lo largo del año calendario anterior, la determinación de que si dicho empleador es un empleador importante pertinente se debe basar en la cantidad promedio de empleados que se espera razonablemente que este empleador emplee durante los días laborables en el presente año calendario.

(iii) Predecesores

Cualquier referencia en esta subsección a un empleador debe incluir una referencia a cualquier predecesor de dicho empleador...

**(D) Equivalentes de tiempo completo (FTE) tratados como empleados de tiempo completo**

Únicamente con fines de determinar si un empleador es un empleador importante pertinente según este párrafo, un empleador deberá, además de la cantidad de empleados de tiempo completo para cualquier mes determinado, incluir para dicho mes una cantidad de empleados de tiempo completo determinada al dividir la cantidad agregada de horas de servicio de empleados que no sean empleados de tiempo completo durante el mes por 120.

**(E) Excepción para la cobertura de salud según TRICARE o la Administración de Veteranos**

Únicamente con fines de determinar si un empleador es un empleador importante pertinente según este párrafo para cualquier mes, una persona no se debe considerar como un empleado durante dicho mes si dicha persona tiene una cobertura médica para el mencionado mes según:

(i) el capítulo 55 del título 10, Código de los Estados Unidos, que incluye la cobertura según el programa TRICARE, o

(ii) según un programa de atención médica según el capítulo 17 o 18 del título 38, Código de los Estados Unidos, según lo determinado por el Departamento de Asuntos de Veteranos, en coordinación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos y el Departamento.

**Ejemplo:** Rhode Island Manufacturing no tiene más que 48 empleados que trabajaron 30 horas o más durante todo el 2015. Aumentó el personal de tiempo completo a 53 empleados en enero del 2016. Corresponde para la cobertura del Intercambio de SHOP el 2 de febrero del 2016 para la cobertura el 1 de marzo del 2016 e incluye el recuento actual de empleados de 53. Rhode Island Manufacturing es elegible para el Intercambio del SHOP porque el recuento de sus empleados fue menor a 50 en el año calendario anterior y empleó al menos un empleado el primer día del año del plan.

Las empresas afiliadas deben cumplir con los requisitos de recuento de empleados. Para los fines de esta sección, “empresas afiliadas” significa grupos de servicios afiliados, empleados de un grupo controlado de corporaciones y empleados de sociedades o de propiedades que están bajo un control en común.<sup>369</sup> Las empresas que sean empresas afiliadas, o que sean elegibles para presentar una declaración fiscal combinada con fines impositivos, se considerarán como un empleador.<sup>370</sup>

**Ejemplo:** Mimi and Roger adquieren 6 Clam Shacks en Rhode Island y el sur de Massachusetts con un total de 112 empleados en el año calendario anterior. Ningún Clam Shack por separado tiene más de 50 empleados. Cada Clam Shack solicita un seguro a través del Intercambio del SHOP de Rhode Island por separado. El Clam Shack no es elegible porque, si bien posee instalaciones múltiples separadas, presenta una declaración fiscal.

Cualquier empleador elegible que ha estado inscrito continuamente en el Intercambio del SHOP puede conservar la inscripción en el Intercambio del SHOP independientemente de la cantidad de empleados.<sup>371</sup> Los empleadores que ingresen como empleadores elegibles en el Intercambio del SHOP están “protegidos” por la elegibilidad del SHOP hasta que cancelen la inscripción del Intercambio del SHOP o hasta que dejen de cumplir con los criterios de elegibilidad, independientemente de la cantidad de empleados.

- La ley del estado de Rhode Island requiere que se vuelva a determinar el tamaño de un empleador pequeño todos los años.<sup>372</sup> Sin embargo, el Intercambio del SHOP no puede calificar a un empleador como no elegible, incluso si la cantidad de empleados con el empleador supera la cantidad de 50, siempre que el empleador esté continuamente inscrito en el Intercambio del SHOP.<sup>373</sup>

#### **b) El empleador debe ofrecer cobertura del SHOP a todos los empleados de tiempo completo**

Para participar en el SHOP, los empleadores pequeños elegibles deben ofrecer cobertura a través del SHOP a todos los empleados de tiempo completo. Se permite a los empleadores que autoacrediten que a todos los empleados de tiempo completo se les ofreció cobertura a través del SHOP.<sup>374</sup>

<sup>369</sup> 26 CFR § 414 b), 26 CFR § 414 (c), 26 CFR § 414 (m) y 26 CFR § 414 (o)

<sup>370</sup> RIGL S. 27-50-3(kk) y 26 CFR § 414 (b), 26 CFR § 414 (c), 26 CFR § 414 (m) y 26 CFR § 414 (o)

<sup>371</sup> 45 CFR 155.710(d)

<sup>372</sup> RIGL S. 27-50-3(kk)

<sup>373</sup> 45 CFR §155.710(d)

<sup>374</sup> El proceso de elegibilidad del Intercambio permite a SHOP aceptar la declaración de un empleado de que ofrecerá cobertura a todos sus empleados de tiempo completo (CMS-9989-F, 27 de marzo del 2012, p. 18400)

**c) La dirección comercial principal del empleador o un lugar de trabajo principal de empleados elegibles debe estar ubicado en el área de servicios del Intercambio del SHOP (el estado de Rhode Island)**

Los pequeños empleadores que tienen una dirección comercial principal en Rhode Island son elegibles para participar en el Intercambio del SHOP.<sup>375</sup> Se le solicitará a los empleadores ubicados en Rhode Island que acrediten que la ubicación de la dirección principal está en Rhode Island. La elegibilidad se basa en esta acreditación.

Se les solicitará a los pequeños empleadores que compren un seguro para empleados con lugar principal de trabajo en Rhode Island que acredite que, aunque la ubicación de la dirección comercial principal está fuera de Rhode Island, el lugar de trabajo de los empleados elegibles está en Rhode Island.

Para las empresas con operaciones en Rhode Island y en otro estado, los empleadores tienen dos opciones:

1. El empleador puede elegir un plan de salud simple con una red de proveedores nacional o multiestatal y ofrecerlo en todos los centros de operaciones comerciales. Los empleadores deben crear una cuenta del Mercado SHOP en el estado en donde está ubicado el centro comercial principal.
2. El empleador puede crear una cuenta del Mercado SHOP en un estado en donde los empleados tengan un lugar de trabajo principal. Siempre que el negocio cumpla con todos los criterios para participar en el SHOP, el empleador puede crear una cuenta SHOP. Si el empleador crea una cuenta del Mercado SHOP en varios estados en los que el empleador tiene lugares de trabajo principales, el empleador puede seleccionar distintas propuestas para cada estado.

**2) Procedimientos para la inscripción del empleador en SHOP**

Para inscribirse en el SHOP, los empleadores deben cumplir con varios requisitos operativos, que incluyen los siguientes:

1. Crear una cuenta y proporcionar Información censal del empleador-
2. Elegir una opción de plan.
3. Seleccionar un monto de contribución.
4. Seleccionar un plan dental.

Mientras que se requiere realizar la inscripción, estos son requisitos del procedimiento, y no son condiciones para la elegibilidad del empleador.

**a) Crear una cuenta y proporcionar información censal del empleador**

Información de cuenta del empleador

Los empleadores deben proporcionar un amplio conjunto de información de cuenta que incluya lo siguiente: El nombre de la empresa, el nombre legal de la empresa, la cantidad de equivalentes de tiempo completo (FTE), la dirección, la ciudad, el código postal, el nombre y el apellido, el número telefónico principal, el tipo de línea y la dirección de correo electrónico como parte del proceso de solicitud. Además, los empleadores también deben proporcionar un número de identificación del empleador, el censo del empleado y los informes de nómina y de impuestos del empleador, que se abordan con más detalle a continuación.

---

<sup>375</sup> 45 CFR §155.710(b)(3)(i)

### Número de identificación del empleador (EIN)

Para inscribirse en el SHOP, los negocios deben proporcionar un Número de identificación del empleador (EIN) válido.<sup>376</sup> Si no se proporciona un EIN, el empleador o el agente no puede finalizar la solicitud de cuenta.

### Censo del Empleador

El censo del empleador incluye la lista completa de los empleados y de los dependientes a los que el empleador ofrece la cobertura del empleador. Esta es la lista única que determina qué empleados del empleador serán elegibles para la cobertura. La lista debe mostrar las elecciones del empleador y las pautas descritas en C.1 con relación a los empleados elegibles. Las personas que trabajen menos de 17.5 horas por semana no son elegibles para estar en la lista del censo del empleador. Si los empleadores ofrecen cobertura al dependiente, deben seguir la ley de Rhode Island al agregar dependientes al censo del empleador.

#### **Las Leyes Generales del Estado de Rhode Island TÍTULO 27 Seguro CAPÍTULO 27-50 Ley de Disponibilidad de Seguro de Salud del Pequeño Empleador SECCIÓN 27-50-3(j)**

“Dependiente” significa un cónyuge, un hijo menor de veintiséis (26) años y un hijo no casado de cualquier edad que sea financieramente dependiente de los padres y se haya determinado médicamente que tiene una discapacidad física o mental que pueda producir la muerte o que permanezca o se espera que permanezca durante un período continuo de no menos de doce (12) meses.<sup>377</sup>

El empleador puede usar la plantilla del censo para cargar la información o para proporcionar la información por teléfono, o manualmente. La creación de la cuenta del empleador puede continuar sin que el empleador tenga la información de la cuenta completa (p. ej., que falte el número de seguridad social del cónyuge del empleado).<sup>378</sup> El censo se puede editar hasta que se finalice. Luego de finalizarlo, no se puede editar a menos que un empleado tenga un período especial de inscripción.

### Informe de nómina y de impuestos del empleador

Los empleadores proporcionan un informe de nómina y de impuestos al cargarlo para completar la creación de la cuenta del empleador. El SHOP de HealthSource RI puede también cargar estos documentos en lugar del empleador si se los envía por fax, correo electrónico o en papel. Los empleadores no pueden continuar con el período de inscripción abierta del empleado sin primero proporcionar los informes de nómina y de impuestos. Si un informe de nómina y de impuestos no está disponible, los empleadores pueden cargar documentación alternativa que muestre a los empleados elegibles. Una lista de la documentación alternativa está disponible en el apéndice D.

---

<sup>377</sup> RIGL S. 27-50-3(j)

<sup>378</sup> Los datos que figuran en el censo del empleador son los siguientes: Apellido, nombre, tipo de elegibilidad (por ej., empleado, cónyuge o dependiente).

Fecha de nacimiento, dirección, número de seguro social, identificación del empleado asociado, previsión de inscripción, nivel de cobertura, grupo, selector; *consulte también* Fase 1 Diseño funcional - SHOP 4.51.2 Datos.

**a) El empleador elige una opción de plan**

Los empleadores elegibles que hayan creado exitosamente cuentas en el Intercambio del SHOP deben proporcionar el SHOP de HealthSource RI con algunas determinaciones de la cobertura antes de que HealthSource RI notifique a los empleados de dicha cobertura. Los empleadores deben elegir la opción Plan Único o la opción Elección Completa para el Empleado.

Opción Plan Único: el empleador selecciona un plan de salud y es el único plan en el que los empleados y sus dependientes se pueden inscribir.

Opción Elección Completa para el Empleado: los empleados elegibles se pueden inscribir en cualquier plan ofrecido en el Intercambio de SHOP. Los empleadores que seleccionen Elección Completa para el Empleado deben seleccionar un plan de referencia. El plan de referencia es el plan en el que se basa la contribución de la prima del empleador. Los empleados que seleccionen un plan distinto al plan de referencia deben pagar o ahorrar la diferencia entre los planes. Mientras que la elección única y la elección completa son los modelos disponibles para los empleadores, HSRI también trabajará con los empleadores para destacar una lista más estrecha de planes a pedido.

**b) El empleador selecciona un monto de contribución**

Los empleadores deben seleccionar un monto de contribución de al menos la mitad del costo de la cobertura solo del empleado. En la opción Plan Único, esto es la mitad del costo del plan seleccionado. En la opción Elección Completa para el Empleado, esto es la mitad del costo del plan de referencia.<sup>379</sup> Se requiere que se contribuya el monto mínimo a cada tipo de estrato familiar.

Los siguientes son los “niveles” de estratos reconocidos por HealthSource RI:

- Solo empleado.
- Empleado y cónyuge.
- Empleado e hijos.
- Familiar.
- Solo hijos (solo Dental/COBRA).

HealthSource RI permite a los empleadores personalizar los montos de contribución del empleador según la posición del empleado dentro de la organización. Los empleadores deben adherir a la ley antidiscriminación de Rhode Island al personalizar los niveles de contribución del empleador.<sup>380</sup>

**c) El empleador selecciona un plan dental**

Luego de seleccionar un plan de salud, el empleador selecciona exactamente un plan dental. Se requiere seleccionar un plan dental, a menos que el empleador acredite que ofrece un plan dental por separado que satisface la parte dental pediátrica de los beneficios esenciales de salud. Los precios de los planes dentales

---

<sup>379</sup> La contribución se realiza de modo tal que el empleado pague el mismo monto por la cobertura que si se inscribiese en el plan de referencia.

<sup>380</sup> RIGL § 28-5-7(1)(ii)

estarán separados de los planes médicos en el Intercambio. La contribución del empleador es opcional para los planes dentales.<sup>381</sup> Si un empleador elige no contribuir a la cobertura dental, las tarifas del empleado no se calcularán en una manera compuesta; en su lugar, cada empleado tendrá en su lugar tarifas específicas para ese empleado y para cualquier dependiente que esté inscrito. Mientras que los planes médicos no incluyen actualmente cobertura dental integral, esto puede cambiar en el futuro.

Luego de la selección de un plan dental, se completa la selección del plan del empleador. Luego se le notificará al empleado de la elegibilidad para participar en el Intercambio de SHOP.

#### **d) Requisitos de participación para el Intercambio de SHOP**

Las regulaciones federales permiten que los Mercados estatales establezcan parámetros de tarifas de participación.<sup>382</sup> La tarifa de participación se refiere a la participación en el Intercambio de SHOP y no a la participación en una QHP específico o de las QHP de un emisor específico. Hasta la fecha, HealthSource RI eligió no establecer ningún estándar de participación mínima.

### **C. Procedimientos para la inscripción y requisitos de SHOP para la elegibilidad del empleado**

#### **1) Requisitos de SHOP para la elegibilidad del empleado**

La elegibilidad del empleado de SHOP se basa en el censo del empleador. Un empleado incluido en el censo del empleador es un empleado elegible. Un empleado no incluido en el censo del empleador no es un empleado elegible. Los empleadores pueden elegir incluir a los dependientes de los empleados en el censo del empleador. Como se explicó anteriormente en B.2.a., los dependientes deben cumplir los criterios de un “dependiente” según lo define la ley de Rhode Island. Los empleadores, como regla general, pueden elegir si incluir a los dependientes del empleado en el grupo de candidatos elegibles para la cobertura. Si no se cubre a los dependientes del empleado, los empleadores no los pueden incluir en el censo.

Cuando el dependiente de un empleado alcanza la edad de 26 años, el dependiente ya no es más elegible para la cobertura a través del plan del empleado y debe buscar una fuente alternativa de cobertura. Cuando un dependiente “sale” de la cobertura por la edad, HealthSource RI le enviará al dependiente un aviso de cancelación de inscripción y cancelará la inscripción del dependiente el día que cumpla 26 años.

#### **2) Procedimientos de SHOP para la inscripción del empleado**

De manera similar a la elegibilidad del empleador, existen varios requisitos operativos para que los empleados puedan efectuar de manera exitosa la inscripción en un plan de salud a través del SHOP luego de que se determine que son elegibles. El empleado recibirá una notificación de que su empleador se registró en el SHOP de HealthSource RI y que el empleado (y cualquier dependiente) es elegible para la cobertura. Luego, los empleados deben hacer lo siguiente:

1. Crear una cuenta.

---

<sup>381</sup> La contribución se realiza de modo tal que el empleado pague el mismo monto por la cobertura que si se inscribiese en el plan de referencia.

<sup>382</sup> 45 CFR §155.705(b)(10)

2. Seleccionar un plan de salud (o elegir no inscribirse en un plan de salud).
3. Seleccionar un plan dental (o elegir no inscribirse en un plan dental).

#### **a) Crear una cuenta**

##### Coincidencia con el censo del empleador

Luego de que el empleado reciba la notificación de elegibilidad del SHOP de HealthSource RI, el empleado debe establecer una cuenta. El empleado debe enviar su nombre, apellido, fecha de nacimiento y número de seguridad social. Toda la información proporcionada debe coincidir exactamente con el censo del empleador para poder crear una cuenta de manera exitosa. Por lo tanto, los empleados no elegibles no incluidos en el censo no se pueden emparejar con un empleador y no pueden crear una cuenta.

##### Proporcionar información del empleado

Cuando el empleado está presente en el censo, el empleado procede a crear una cuenta. El empleado debe proporcionar la información solicitada para crear una cuenta. Los datos incluyen: Nombre de usuario, primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (p. ej.: Jr), género, fecha de nacimiento, número de seguridad social, dirección línea 1, dirección línea 2, dpto./Unidad n.º, ciudad, estado, código postal, dirección de correo electrónico, tres preguntas de seguridad y el acuerdo de aceptación del usuario. Luego de enviar la información y de crear la cuenta, los empleados podrán elegir un plan.

##### Especificar la relación con los miembros de la familia

Durante la creación de una cuenta, a cada empleado se le pide que confirme la relación con cada posible inscrito que el empleador ha incluido en el censo. El inscrito se debe describir como “yo mismo”, “cónyuge” o “dependiente”. Si el empleador lo solicita, el empleado debe poder proporcionar una prueba de la relación asegurable.<sup>383</sup> Un empleador puede solicitar que HSRI retire a un empleado o a un dependiente que no sea elegible, según lo determine el empleador. El empleador determina la elegibilidad del empleado y del dependiente en el caso de una disputa.

##### Seleccionar los miembros de la familia que se inscribirán

El empleado debe seleccionar qué miembros elegibles de la familia se inscribirán en un plan antes de seleccionar el plan. Según la relación definida arriba en *Especifique la relación con los miembros de la familia*, se determinará el tipo de familia y se aplicará una prima correlativa. Por ejemplo, si un empleado se inscribe a sí mismo y a su cónyuge y a ningún hijo, el tipo de plan y el precio se basarán en el tipo de familia “empleado y cónyuge”.

##### Tarifa compuesta y ajustes para la contribución de empleador

---

<sup>383</sup> RIGL S. 27-50-3(j); “Dependiente” significa los cónyuges, los hijos solteros menores de diecinueve (19) años de edad, los hijos solteros que son estudiantes menores de veinticinco (25) años de edad, y los hijos solteros de cualquier edad que dependan financieramente de sus padres y que tengan una discapacidad física o mental determinada médicamente que puede provocar la muerte o que se ha prolongado o puede prolongarse por un período continuo de no menos de doce (12) meses.

La contribución del empleador se basa en una tarifa compuesta calculada al momento en que se presenta la solicitud o la renovación del empleador. Para calcular la tarifa compuesta, primero se calcula la prima de facturación de lista completa para el grupo, según las edades de todos los empleados y de los dependientes que se espera se inscriban. El total luego se divide en una tarifa compuesta, que representa un costo promedio para el plan de referencia para cada estrato de la estructura familiar.

Agregar o retirar a un empleado o a un dependiente en cualquier momento luego de presentar la solicitud producirá un cargo a la factura total y a la contribución inicial del empleador. La tarifa de la factura de la lista para el empleado o para el dependiente se agregará o se descontará de la factura total. Si la tarifa del empleado o del dependiente, según la edad, es distinta de la tarifa promedio compuesta original, entonces la contribución promedio del empleador se ajustará para cubrir la diferencia. Esto puede aumentar o disminuir la contribución promedio del empleador por empleado. Las contribuciones del empleado seguirán constante a lo largo de lo que quede del año del plan.

**b) Seleccionar un plan de salud o elegir no inscribirse en un plan de salud**

El empleador determina si se ofrece uno o más planes a los empleados o no.

Opción Plan Único: si el empleador seleccionó la opción Plan Único, el empleado puede elegir inscribirse en el plan ofrecido por el empleador o elegir no inscribirse en un plan.

Opción Elección Completa para el empleado: si el empleador seleccionó la opción Elección Completa para el empleador, se notifica al empleado del plan de referencia. El empleado puede inscribirse en cualquier plan disponible ofrecido a través del SHOP de HealthSource RI. El empleado será responsable de pagar la contribución según el costo compuesto del plan de referencia, más o menos cualquier diferencia entre el costo de la “factura de lista” del plan de referencia y el costo de la “factura de lista” del plan seleccionado por el empleado. Mientras que la elección única y la elección completa son los modelos disponibles para los empleadores, HSRI trabajará con los empleadores para resaltar una lista más estrecha de planes a pedido.

**c) Seleccionar un plan dental o elegir no inscribirse en un plan dental**

Luego los empleados deben seleccionar una opción de plan dental. El empleado puede elegir el plan puesto a disposición por el empleador o puede elegir no inscribirse en la cobertura.

**3) Periodo de inscripción del empleado**

**a) Inscripción abierta anual**

Cada año, el empleador tendrá un período de inscripción abierta, durante el que cualquier empleado elegible podrá realizar cambios en la inscripción. Los cambios incluyen: inscripción en una nueva cobertura, cambio de planes, cambio de los miembros cubiertos de la familia (inscribir o cancelar la inscripción de dependientes), inscripción en un plan dental y otros cambios.

El SHOP debe proporcionar un período de inscripción abierta inicial y un período de inscripción abierta anual.<sup>384</sup>

---

<sup>384</sup> 45 CFR § 155.725(e).

## b) Periodos especiales de inscripción para empleados y dependientes

El Intercambio de SHOP debe proporcionar a empleados y dependientes períodos especiales de inscripción cuando las personas cumplen con los requisitos mencionados a continuación.<sup>385</sup> La información proporcionada por el empleador puede determinar si los empleados (o los dependientes) califican para un período especial de inscripción.

Los empleados recientemente calificados deben recibir un período de inscripción que comience el primer día luego de ser elegibles para inscribirse en el Intercambio de SHOP.<sup>386</sup> Según las normas federales, el período de prueba (“período de espera”) para la elegibilidad del empleado no puede superar los 90 días. Es responsabilidad del empleador conservar registros de las fechas de contratación de los empleados y de gestionar el período de prueba.

Las personas son elegibles para un período especial de inscripción si cumplen uno de los siguientes criterios:

- Una persona calificada se convierte en recientemente elegible para la cobertura (p. ej., es recientemente contratada o se convierte en elegible por las horas trabajadas).
- Una persona o un dependiente calificado pierde la cobertura mínima esencial. La falta de pago de primas no se considera una pérdida de la cobertura mínima esencial.<sup>387</sup>
- Una persona calificada obtiene un dependiente o se transforma en dependiente por medio del matrimonio, el nacimiento, la adopción o el darse para adopción o por cuidado de acogida.
- La inscripción o la cancelación de la inscripción de una persona calificada en una QHP es no intencional, inadvertida o errónea y es el resultado del error, la mala interpretación o la inacción de un funcionario, un empleado o un agente de Intercambio o de HHS o de sus instrumentalidades según lo evalúe y lo determine el Intercambio. En estos casos, el Intercambio puede tomar dicha acción, según sea necesario, para corregir o eliminar los efectos de dicho error, mala interpretación o inacción.
- El inscrito demuestra adecuadamente a HealthSource RI que la QHP en el que está inscrito violó considerablemente una disposición material del contrato en relación con el inscrito.
- Una persona o un inscrito calificado obtiene acceso a nuevas QHP como resultado de una mudanza permanente.
- Un nativo americano o un nativo de Alaska, como está definido por la sección 4 de la Ley de Mejora de Atención Médica de Indios, se puede inscribir en una QHP o cambiar de una QHP a otra una vez por mes
- Intercambio determinó que la persona o el dependiente calificado no se inscribió en una QHP o no se inscribió en la QHP que seleccionó (por medio de una entidad fuera de Intercambio que proporciona actividades o asistencia para la inscripción).
- Una persona o un inscrito calificado demuestra a Intercambio, en conformidad con las pautas emitidas por HHS, que la persona cumple con otras circunstancias excepcionales, según lo que Intercambio pueda proporcionar.
- Pierde elegibilidad para Medicaid o CHIP (Rite Care), o se vuelve elegible por ejemplo (en relación con la cobertura a través del SHOP) bajo Medicaid o CHIP (Rite Care) (período especial de inscripción de 60 días en estos casos)

---

<sup>385</sup> Consulte 45 CFR § 155.725(a)(3); también 45 CFR § 155.420(d)(1)-(2), 45 CFR § 155.420(d)(4)-(5), 45 CFR § 155.420(d)(7)-(10)

<sup>386</sup> 45 CFR § 155.725(g)

<sup>387</sup> 45 CFR § 155.420(e)

- QHP no está certificada. Si un empleado seleccionó una QHP en Plan Único que no tiene certificación, la cobertura del empleado en ese plan finalizará. El empleador será elegible para volver a seleccionar un nuevo plan para empleados y los empleados serán elegibles para optar por inscribirse o no inscribirse en esta cobertura. Si el empleador seleccionó la Elección Completa para el empleado y uno o más empleados están inscritos en una QHP que no está certificada, haciendo que finalice la cobertura en esa QHP, los empleados sin cobertura son elegibles para un período especial de inscripción (SEP) para volver a seleccionar una QHP.

### c) **Fechas de cobertura efectiva**

La fecha de cobertura efectiva es el primer día del mes posterior al evento de calificación (“activación”), con excepciones por nacimiento, adopción y cuidado de acogida, en cuyos casos la fecha de cobertura efectiva es la fecha del evento calificador.

### D. **Períodos de inscripción del empleado y del empleador**

Los empleadores se pueden inscribir en el SHOP de HealthSource RI en cualquier momento durante el año. Para los empleados, el período de inscripción del SHOP difiere del Mercado de Intercambio Individual, este último tiene un período de inscripción abierta establecido cada año. El SHOP de HealthSource RI tiene períodos de inscripción abierta anual específicos del empleador celebrados a lo largo del año y en conformidad con el año de plan del empleador.

Los empleados calificados pueden inscribirse en un plan patrocinado por el empleador elegible durante el período inicial de inscripción abierta del empleador, durante el período de inscripción abierta anual del empleador y durante períodos especiales de inscripción para los que pueden calificar.<sup>388</sup> Los nuevos empleados que deseen inscribirse en un plan patrocinado por el empleador elegible pueden inscribirse luego de que se determine que son elegibles, incluso si es durante el año del plan del empleador.

Luego de que un empleador dejó disponible una cobertura a sus empleados a través del SHOP, el SHOP procesará las solicitudes de los empleados y facilitará la inscripción de los empleados calificados en las QHP.

#### 1. **Período de inscripción abierta anual**

El SHOP cuenta con un período de inscripción abierta de no menos de 30 días para empleados calificados antes de la finalización del año del plan correspondiente.<sup>389</sup> El SHOP envía una notificación a cada uno de los empleados calificados acerca del período de inscripción abierta anual antes de dicho período.<sup>390</sup>

#### 2. **Fechas de cobertura efectiva para la inscripción abierta anual**

Las fechas de cobertura efectiva del SHOP para todos los empleados calificados son coherentes con las fechas de cobertura efectiva establecidas durante la inscripción abierta inicial.

<sup>388</sup> Comuníquese con HealthSource RI para conocer las políticas más actualizadas sobre la inscripción a SHOP.

<sup>389</sup> 45 CFR 155.725 (e)

<sup>390</sup> 45 CFR 155.725 (f)

**Ejemplo:** un pequeño local de sándwich tiene una fecha de cobertura efectiva establecida para el 1 de abril. El período de inscripción anual para los empleados del local de sándwich comenzaría el 1 de marzo del siguiente año, y HealthSource RI enviaría a los empleados una notificación sobre ese período de inscripción antes del 1 de marzo.

### 3. Empleados recientemente calificados

Los empleados del SHOP que se volvieron elegibles fuera de los períodos de inscripción abierta anual o inicial están habilitados para un período de inscripción que dura 30 días para comprar la cobertura en una QHP. A criterio del empleador, la compañía de seguros garantizará que la cobertura esté efectiva el primer día del mes siguiente al mes cuando el empleado se haya vuelto elegible, o el empleador puede garantizar que la cobertura esté efectiva el primer día del mes posterior a la inscripción del empleado.

**Ejemplo:** un cajero nuevo en una tienda de comestibles pasa a ser un empleado calificado el 15 de mayo. Su período de inscripción durará del 15 de mayo hasta el 15 de junio. Si el cajero escoge inscribirse el 12 de junio, la fecha de cobertura efectiva sería el 1 de junio, o el 1 de julio según lo que prefiera el propietario de la tienda de comestibles.

### 4. Períodos especiales de inscripción

El SHOP ofrece flexibilidad a los empleadores para determinar la duración de períodos especiales de inscripción para empleados calificados y para dependientes de empleados calificados para inscribirse o para cambiar planes.<sup>391</sup>

Además de la lista de eventos calificadoros disponible para personas enumeradas en la sección D de este capítulo, los empleados pueden ser elegibles para un período especial de inscripción como resultado de cualquiera de los eventos calificadoros adicionales:

- *Recientemente elegible:* el empleado calificado o el dependiente de un empleado calificado se vuelve elegible para asistencia con respecto a la cobertura bajo un SHOP, bajo dicho plan de Medicaid o un plan estatal de salud infantil (que incluye cualquier exención o proyecto de demostración realizada según o en relación a dicho plan).
- *Recientemente no elegible:* el empleado calificado o el dependiente de un empleado calificado pierde la elegibilidad para la cobertura bajo un plan de Medicaid bajo el Título XIX de la Ley de Seguridad Social o un plan estatal de salud infantil bajo el Título XXI de la Ley de Seguridad Social.

Un dependiente de un empleado calificado no es elegible para un período especial de elección si el empleador no prolonga la oferta de cobertura para dependientes.

**Ejemplo:** Una mesera no se inscribió en el plan SHOP de su restaurante porque calificaba para Medicaid. Si gana más dinero y ya no califica para Medicaid con inicio el 1 de julio, calificará para un período especial de inscripción que dure hasta el 1 de septiembre, durante el cual se puede inscribir en un plan patrocinado por el empleador.

<sup>391</sup> Las prácticas de SHOP pueden diferir de 45 CFR 155.725 (j)(3) con respecto a duraciones especiales de períodos de inscripción.

**a. Fechas regulares de cobertura efectiva para períodos especiales de inscripción**

A criterio del empleador, la compañía de seguros y HealthSource RI garantizarán que la cobertura para el empleado calificado o para el dependiente del empleado calificado será efectiva el primer día del mes siguiente al mes en el que se produjo el evento activador, o el empleador puede elegir que la cobertura se vuelva efectiva el primer día del mes siguiente a la inscripción del empleado.

**Ejemplo:** Un florista se casa el 18 de julio. Si elige inscribirse dentro de un período especial de inscripción, la fecha de cobertura efectiva de su nueva esposa sería el 1 de septiembre, o según la elección del empleador, podría ser retroactiva al 1 de agosto.

**a. Fechas especiales de cobertura efectiva para períodos especiales de inscripción**

En el caso de un evento especial calificador de inscripción, como un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, el SHOP debe garantizar que la cobertura sea efectiva a partir de la fecha de nacimiento, de adopción o de la colocación para adopción.

**Ejemplo:** considere que un bebé nació, se adoptó o se dio en adopción el 24 de julio. La fecha efectiva de cobertura sería el 24 de julio.

**E. Asistencia para inscripción y elegibilidad**

Los agentes cumplen una función importante en la contratación y el mantenimiento del seguro médico para pequeños empleadores. La función del agente no cambia en el Intercambio de SHOP. Para los empleadores que eligen trabajar con agentes para ayudarles en la inscripción y en otros procesos, los agentes conservarán las mismas funciones tradicionales. En el Intercambio de SHOP de Rhode Island, si lo autoriza un empleador, un agente puede seleccionar y gestionar las propuestas de seguro médico del empleador. Además, un agente autorizado por un empleado puede seleccionar y gestionar el seguro médico del empleado. Los agentes pueden ayudar a empleadores y a empleados sin autorización para algunas tareas, como explorar planes de salud, evaluar la elegibilidad para el crédito fiscal del pequeño negocio y otras funciones.

**1) Designación de un agente**

Los empleadores pueden designar a agentes para trabajar en representación del empleador. La designación de un agente se debe realizar de manera electrónica, por escrito o por teléfono.<sup>392</sup> Sin autorización, que se considera legalmente vinculante al SHOP de HealthSource RI, un agente no podrá presentar información ni recibir notificaciones en representación de un empleador ni de los empleados de ese empleador. El agente del empleador puede actuar en representación de un empleado sin la autorización formal del empleado.

Para poder designar a un agente autorizado:

El agente debe estar certificado. La certificación del agente requiere que el agente apruebe un curso de

---

<sup>392</sup> 78 FR 42313; 45 CFR §155.227(g)

capacitación proporcionado por un enlace de agente del Intercambio. El agente recibe un número de certificación de agente, que el SHOP de HealthSource RI reconocerá.

El agente debe tener una cuenta. El agente puede crear una cuenta de agente en cualquier momento luego de la certificación del Intercambio de SHOP.

Privacidad. El agente debe cumplir con las normas de privacidad y seguridad de acuerdo con 45 CFR §155.260, que limita la manera en la que un agente puede usar cualquier información obtenida al proveer ayuda y servicios a una persona calificada.

Duración. La designación de un agente por parte de un empleador es válida hasta que ocurra lo siguiente:

- El empleador designe a un agente alternativo.<sup>393</sup>
- El empleador notifique al Intercambio de SHOP que el representante autorizado ya no está autorizado para actuar en representación del empleador.<sup>394</sup>
- El representante autorizado notifique al Intercambio de SHOP que ya no actuará en representación del empleador.<sup>395</sup>
- Se cierre la cuenta del Intercambio de SHOP del representante autorizado.
- El representante autorizado pierda la certificación.

## 2) Funciones del agente en representación de un empleador

El agente asignado a un empleador puede realizar todas las funciones del Intercambio de SHOP en representación del empleador. No hay límite para las funciones que un agente puede realizar, y toda la información proporcionada al empleador también se le proporciona al agente asignado al empleador. Un empleador puede solicitar que el agente solo realice algunas de las funciones del Intercambio de SHOP. Los siguientes son ejemplos típicos de acciones que los agentes pueden realizar en representación de un empleador:

- Crear cuentas.
- Seleccionar planes.
- Gestionar el censo del empleador.
- Presentar apelaciones.

## 3) Funciones del agente y del empleador en representación de un empleado

El agente de un empleador puede realizar todas las funciones del Intercambio en representación de los empleados de ese empleador. No hay límite para las funciones que un agente puede realizar y toda la información proporcionada al empleado también se le proporciona al agente asignado al empleador. Un empleado puede solicitar de un agente que el agente solo realice algunas de las funciones del Intercambio. Observe que un empleador también puede realizar estas funciones en representación de empleados. Los siguientes son ejemplos típicos de acciones que los agentes pueden realizar en representación de un

---

<sup>393</sup> 45 CFR §155.227(d)(1)

<sup>394</sup> 45 CFR §155.227(d)(2)

<sup>395</sup> 45 CFR §155.227(d)(3)

empleado:

- Crear cuentas.
- Seleccionar planes.
- Presentar apelaciones

#### 4) Asistencias relacionadas con el agente que no requieren autorización

Los agentes no necesitan autorización formal del Intercambio de SHOP para ayudar a los empleadores y a los empleados en asuntos relacionados con la cobertura del seguro médico, pero sin relación con el Intercambio de SHOP. Por ejemplo, sin autorización formal, los agentes pueden ayudar a los empleados a proporcionar información al empleador para el censo del empleador. Los agentes pueden ayudar a los empleados al responder preguntas acerca de planes en el SHOP de HealthSource RI. Los agentes también pueden ayudar a los empleados con la solicitud de períodos especiales de inscripción de empleadores y a garantizar la elegibilidad para COBRA. Los agentes pueden presupuestar a un empleador sin antes ser autorizados.

### F. Terminación del SHOP

Esta sección aborda la terminación (cancelación de la inscripción) del SHOP tanto para los empleadores como para los empleados. Los empleadores y los empleados del SHOP pueden abandonar el SHOP en cualquier momento. Esto normalmente se denomina una terminación voluntaria. Otras suspensiones se pueden producir por medio de una cantidad de factores, que incluye el no pago de las primas o la pérdida de la elegibilidad. La regulación federal y las políticas de Rhode Island establecen requisitos acerca de los términos y las suspensiones. Las regulaciones federales requieren que los emisores conserven registros de todas las suspensiones.<sup>396</sup>

#### 1) Empleador

##### a) Terminación debido al no pago de primas

Rhode Island requiere que los empleadores tengan un período de gracia de 30 días antes de que las compañías de seguros suspendan la cobertura del empleador. El pago durante este período de tiempo evita la terminación. Se permite la terminación si no se realiza ningún pago al finalizar el período de gracia de 30 días. HealthSource RI inicia esta terminación.

Si pasó el período de gracia y el empleador no pagó las primas, la cobertura se suspenderá de manera efectiva el último día del período de gracia.

Ejemplo: el pago de la prima del local de carnadas de John para enero se venció el 23 de diciembre pero John no pagó la factura hasta el 31 de enero. Por lo que la cobertura para el local de carnadas será suspendida de manera efectiva el 31 de enero.

En el caso de ajustes de la facturación (p. ej., agregar o retirar a un empleado nuevo en un mes determinado pero que ya se ha facturado) para ese mes, no se considerará que un empleador esté atrasado con el pago si el

---

<sup>396</sup> 45 CFR § 156.270(h)

empleador pagó lo que se le facturó inicialmente para ese mes. Cualquier ajuste se reflejará en la siguiente facturación, y no se considerará que el empleador esté atrasado con el pago.

Luego de la terminación debido al no pago de primas, se transferirá la información relacionada con cualquier balance no pago para un grupo calificado a las compañías aseguradoras correspondientes. Las compañías aseguradoras se reservan el derecho de dedicarse al cobro de los balances no pagos luego de ser transferidos a estas.

**b) Suspensión debido a la pérdida de elegibilidad**

El Intercambio de SHOP de Rhode Island solo autoriza a participar en el Intercambio de SHOP a empleadores que tienen una dirección comercial principal o que tienen empleados cuyo lugar comercial principal esté en el área de servicios. Si el Intercambio de SHOP descubre que esos empleadores ya no son empleadores válidos, o que ya no cumplen con los requisitos de ubicación, se suspenderá la cobertura de manera efectiva al finalizar el mes de cobertura en el que se realizó la suspensión. Si un empleador ya no califica como un grupo debido a que no hay empleados con “derecho común” inscritos, se suspenderá la cobertura al finalizar el año del plan.

**c) Terminación o cancelación de la inscripción voluntarias**

HealthSource RI debe permitir que un inscrito pueda cancelar la inscripción de la cobertura.<sup>397</sup> Los empleadores deben ponerse en contacto con el SHOP de HealthSource RI para cancelar la inscripción. El SHOP de HealthSource RI debe confirmar que se realice cualquier pago pendiente antes de la cancelación de la inscripción. La realización de la cancelación de la inscripción se produce cuando el SHOP de HealthSource RI proporciona al empleador una confirmación de la cancelación de la inscripción.

**d) Reincorporación del grupo del SHOP**

Como se mencionó anteriormente, se puede suspender a los grupos del SHOP por falta de pago si superan los 30 días de atraso del pago. Si se suspende a un grupo por falta de pago, ese grupo puede solicitar ser reincorporado bajo ciertas condiciones.

1. Para los grupos que soliciten la reincorporación dentro del mismo año del plan: para reincorporarse, el grupo primero debe pagar todas las primas anteriores adeudadas y la prima por cualquier mes no cubierto, incluido el mes en curso. Luego de que un balance negativo cubra todos los meses de cobertura, incluido el mes en curso, HealthSource RI volverá a activar la cobertura para los empleados del grupo. La fecha efectiva será el día posterior a la fecha de terminación. No se puede reincorporar a un grupo más de una vez durante el año de un plan.
2. Para los grupos que soliciten la reincorporación para un mes posterior al mes de renovación normal: *no se puede* restablecer la cobertura desde la fecha de terminación. La cobertura puede comenzar con un nuevo año de plan, el primer día del mes luego de la solicitud. Para reincorporarse, el grupo primero debe pagar todas las primas anteriores adeudadas y la prima para el primer mes del nuevo período de la cobertura. Luego de tener un balance negativo de, al menos, la cobertura de un mes en

---

<sup>397</sup> 45 CFR § 155.430(b)(1)

la cuenta, HealthSource RI creará un nuevo año de plan para el grupo. La fecha efectiva no será antes del primer día del mes posterior a la solicitud.

## **2) Empleado**

### **a) El empleador determina que el empleado ya no es elegible para el SHOP**

El SHOP de HealthSource RI puede iniciar la cancelación de la inscripción si el inscrito ya no es elegible para la cobertura.<sup>398</sup> Esto incluye que el empleador cambie la elegibilidad del empleado debido a un cambio en la condición del empleo o por otro motivo. Si a un empleado se le suspende la cobertura por cualquier motivo, se debe notificar al empleado de la terminación, del motivo de la terminación y de la fecha efectiva de la terminación.<sup>399</sup> El empleador también debe notificar al Intercambio de la terminación y del motivo de la suspensión. El empleado también puede tener el derecho de inscribirse en la cobertura a través de COBRA o de Beneficios Extendidos de RI, que se discuten en el apéndice.

### **b) El empleador cancela la inscripción del SHOP**

El empleador puede cancelar voluntariamente la inscripción de la cobertura o se puede suspender por la falta de pago de primas, o por otros motivos. El resultado es que el empleado ya no será elegible para la cobertura en el SHOP. Además, como se describe en el apéndice C, el empleado no sería elegible para la continuación de la cobertura porque el grupo de salud ya no existe.

### **c) Terminación impulsada por el empleado (suspensión voluntaria)**

HealthSource RI debe permitir que un inscrito pueda cancelar la inscripción de la cobertura.<sup>400</sup> La terminación será efectiva según la fecha establecida por el empleado, pero deberá ser el último día del mes, o el último día del mes anterior.

## **G. Fechas efectivas y pagos de primas**

Las fechas de cobertura efectiva se analizan en detalle en el capítulo 3. Los pagos de las primas y la facturación se analizan en detalle en el capítulo 12.

## **H. Productos complementarios**

HealthSource RI para socios de empleadores para conectar los negocios con distintos beneficios de bajo costo, lo que incluye cobertura para la vista, de vida, por accidente y médica.

Para más información o para realizar una entrevista personal, póngase en contacto con su agente o con HealthSource RI para empleadores.

## **I. Apéndice A. Crédito fiscal para pequeños negocios**

---

<sup>398</sup> 45 CFR S. 155.430(b)(2)

<sup>399</sup> 45 CFR S. 156.270(b)

<sup>400</sup> 45 CFR § 155.430(b)(1)

Descripción general: La Sección 45R del Código de Ingresos Internos permite que algunos pequeños negocios compren un seguro médico en representación de sus empleados a través del Intercambio de Programa de Opciones de Salud para Pequeños Negocios (SHOP) para ser elegibles para créditos fiscales durante los primeros dos años que ofrezcan cobertura a través del Intercambio de SHOP.<sup>401</sup> El crédito está disponible para los empleadores que cumplan los mismos estándares en los años anteriores al lanzamiento del Intercambio.

Algunos pequeños empleadores son elegibles para recibir un crédito fiscal para pequeños negocios según ACA para reducir el costo efectivo de la contribución a la cobertura del seguro médico.

### 1) Elegibilidad general para el crédito fiscal para pequeños negocios

Para ser elegibles para el crédito, los pequeños empleadores deben cumplir con lo siguiente:

- Emplear a no más de 25 equivalentes de tiempo completo (FTE).<sup>402</sup>
- Tener una nómina promedio en todos los empleados que no supere los \$50,000 (ajustado anualmente posterior a 2014).
- Proporcionar una contribución de, al menos, el 50 por ciento del costo de las primas para todos los empleados elegibles para la cobertura.<sup>403</sup>

El IRS explicó que, debido a que el estatuto no requiere que los empleados del empleador realicen servicios en un comercio o negocio, el crédito fiscal también está disponible para empleadores domésticos.<sup>404</sup>

### 2) Monto máximo para el crédito fiscal para pequeños negocios

El monto del crédito fiscal varía según el tipo de organización y el año. El crédito completo es el 50 por ciento de la parte de la prima del empleador para los empleadores imponibles. El crédito completo es el 35 por ciento de la parte de la prima del empleador para los empleadores no imponibles. Los empleadores no imponibles reciben el crédito al reducir la obligación tributaria sobre nóminas por la cantidad del crédito.

	2014 y posterior <sup>405</sup>
Negocios no imponibles	35 por ciento
Negocios imponibles	50 por ciento

### 3) Eliminación gradual del crédito fiscal para pequeños negocios

El crédito fiscal se basa en una escala deslizable con el monto completo disponible para los empleadores con 10 o menos FTE y con nóminas promedio de \$25,000 o menos por año. El crédito fiscal se reduce a medida

---

<sup>401</sup> 26 CFR §45R

<sup>402</sup> El cálculo de FTE para el crédito fiscal para pequeñas empresas es diferente del conteo de FTE para la elegibilidad de SHOP

<sup>403</sup> 26 CFR §45R(d)

<sup>404</sup> Consulte el Aviso de IRS 2010-082, disponible en el siguiente enlace: <http://www.irs.gov/pub/irs-drop/n-10-82.pdf>

<sup>405</sup> 26 CFR §45R(b)

de que el empleador aumenta en tamaño o si las nóminas promedio superan los \$25,000. Para un empleador imponible en el Intercambio de SHOP, el crédito fiscal se reduce desde el 50 por ciento con nóminas promedio de \$25,000 hasta el 0 por ciento con nóminas promedio de 52,000 para el 2015 y el 2016. Estos valores de nómina aumentan anualmente. Al mismo tiempo, el crédito fiscal se reduce desde un máximo del 50 por ciento con 10 FTE hasta el 0 por ciento con 25 FTE.

**Ejemplo:** el costo de las primas para Melissa es de \$3,000 por empleado. Debido a que Melissa paga el 100 % de las primas para los 8 empleados, que ganan un promedio de \$24,000 al año, ella recibirá el crédito fiscal completo. Este crédito fiscal es el 50 por ciento de la prima pagada o \$1,500 por empleado inscrito. Si Melissa contribuyera \$2,000 para las primas de los empleados, ella recibiría \$1,000 en crédito fiscal por cada uno de los empleados inscritos.

4) Formulario 8941 de IRS de muestra: Crédito para primas de seguro médico del pequeño empleador

Form <b>8941</b>  Department of the Treasury Internal Revenue Service	<b>Credit for Small Employer Health Insurance Premiums</b>  ► Attach to your tax return.  ► Information about Form 8941 and its separate instructions is at <a href="http://www.irs.gov/form8941">www.irs.gov/form8941</a> .	OMB No. 1545-2198  <div style="font-size: 2em; font-weight: bold; text-align: center;">2014</div> Attachment Sequence No. <b>63</b>
Name(s) shown on return		Identifying number
<p><b>A</b> Did you pay premiums during your tax year for employee health insurance coverage you provided through a Small Business Health Options Program (SHOP) Marketplace (or do you qualify for an exception to this requirement)? (see instructions)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Yes.</b> Enter Marketplace Identifier (if any): _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>No.</b> Stop. Do not file Form 8941 (see instructions for an exception that may apply to a partnership, S corporation, cooperative, estate, or trust).</p> <p><b>B</b> Enter the employer identification number (EIN) used to report employment taxes for individuals included on line 1 below if different from the identifying number listed above _____</p>		
<p><b>Caution.</b> See the instructions and complete Worksheets 1 through 7 as needed.</p>		
<p><b>1</b> Enter the number of individuals you employed during the tax year who are considered employees for purposes of this credit (total from Worksheet 1, column (a)) . . . . .</p> <p><b>2</b> Enter the number of full-time equivalent employees (FTEs) you had for the tax year (from Worksheet 2, line 3). If you entered 25 or more, skip lines 3 through 11 and enter -0- on line 12</p> <p><b>3</b> Average annual wages you paid for the tax year (from Worksheet 3, line 3). If you entered \$51,000 or more, skip lines 4 through 11 and enter -0- on line 12 . . . . .</p> <p><b>4</b> Premiums you paid during the tax year for employees included on line 1 for health insurance coverage under a qualifying arrangement (total from Worksheet 4, column (b)) . . . . .</p> <p><b>5</b> Premiums you would have entered on line 4 if the total premium for each employee equaled the average premium for the small group market in which the employee enrolls in health insurance coverage (total from Worksheet 4, column (c)) . . . . .</p> <p><b>6</b> Enter the <b>smaller</b> of line 4 or line 5 . . . . .</p> <p><b>7</b> Multiply line 6 by the applicable percentage:                  • Tax-exempt small employers, multiply line 6 by 35% (.35)                  • All other small employers, multiply line 6 by 50% (.50) . . . . .</p> <p><b>8</b> If line 2 is 10 or less, enter the amount from line 7. Otherwise, enter the amount from Worksheet 5, line 6 . . . . .</p> <p><b>9</b> If line 3 is \$25,000 or less, enter the amount from line 8. Otherwise, enter the amount from Worksheet 6, line 7 . . . . .</p> <p><b>10</b> Enter the total amount of any state premium subsidies paid and any state tax credits available to you for premiums included on line 4 (see instructions) . . . . .</p> <p><b>11</b> Subtract line 10 from line 4. If zero or less, enter -0- . . . . .</p> <p><b>12</b> Enter the <b>smaller</b> of line 9 or line 11 . . . . .</p> <p><b>13</b> If line 12 is zero, skip lines 13 and 14 and go to line 15. Otherwise, enter the number of employees included on line 1 for whom you paid premiums during the tax year for health insurance coverage under a qualifying arrangement (total from Worksheet 4, column (a)) . . . . .</p> <p><b>14</b> Enter the number of FTEs you would have entered on line 2 if you only included employees included on line 13 (from Worksheet 7, line 3) . . . . .</p> <p><b>15</b> Credit for small employer health insurance premiums from partnerships, S corporations, cooperatives, estates, and trusts (see instructions) . . . . .</p> <p><b>16</b> Add lines 12 and 15. Cooperatives, estates, and trusts, go to line 17. Tax-exempt small employers, skip lines 17 and 18 and go to line 19. Partnerships and S corporations, stop here and report this amount on Schedule K. All others, stop here and report this amount on Form 3800, line 4h . . . . .</p> <p><b>17</b> Amount allocated to patrons of the cooperative or beneficiaries of the estate or trust (see instructions) . . . . .</p> <p><b>18</b> Cooperatives, estates, and trusts, subtract line 17 from line 16. Stop here and report this amount on Form 3800, line 4h . . . . .</p> <p><b>19</b> Enter the amount you paid in 2014 for taxes considered payroll taxes for purposes of this credit (see instructions) . . . . .</p> <p><b>20</b> Tax-exempt small employers, enter the <b>smaller</b> of line 16 or line 19 here and on Form 990-T, line 44f . . . . .</p>	<p><b>1</b></p> <p><b>2</b></p> <p><b>3</b></p> <p><b>4</b></p> <p><b>5</b></p> <p><b>6</b></p> <p><b>7</b></p> <p><b>8</b></p> <p><b>9</b></p> <p><b>10</b></p> <p><b>11</b></p> <p><b>12</b></p> <p><b>13</b></p> <p><b>14</b></p> <p><b>15</b></p> <p><b>16</b></p> <p><b>17</b></p> <p><b>18</b></p> <p><b>19</b></p> <p><b>20</b></p>	
<p><b>For Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions.</b> <span style="float: right;">Cat. No. 37757S <span style="margin-left: 100px;">Form <b>8941</b> (2014)</span></span></p>		

## J. Apéndice B. Avisos

A continuación están las listas de notificaciones requeridas según la regulación federal que se enviarán al empleador y a los empleados.

### 1) Avisos para el empleador

- a) **Avisos para el empleador:** Aviso de información incompleta para el empleador: luego de que el pequeño empleador reciba la solicitud del SHOP, el SHOP debe notificar al empleador acerca de cualquier inconsistencia.<sup>406</sup>
- b) **Elegibilidad del SHOP del empleador:** el SHOP debe proporcionar al empleador que desee comprar una cobertura a través del SHOP un aviso de aprobación o de rechazo.<sup>407</sup>
- c) **aviso de período de elección anual para el empleador:** el SHOP debe proporcionar una notificación al empleador calificado acerca del período de elección anual antes de dicho período.<sup>408</sup>

### 2) Avisos para el empleado

- a) **aviso de información incompleta:** el SHOP debe notificar a la persona acerca de la imposibilidad para probar la condición de empleado.<sup>409</sup>
- b) **Elegibilidad del SHOP del empleado:** el SHOP debe proporcionar al empleado que desee inscribirse en una QHP del SHOP un aviso de aprobación o de rechazo.<sup>410</sup>
- c) **aviso de inscripción para el empleado:** el SHOP debe garantizar que el emisor de una QHP notifique a un empleado calificado acerca de la inscripción en una QHP con una fecha de cobertura efectiva.<sup>411</sup>
- d) **aviso de terminación de cobertura del empleado:** el SHOP debe notificar al empleador si algún empleado suspende la cobertura de una QHP.<sup>412</sup>
- e) **aviso de no pago del empleador: se notificará a los empleadores si no realizan el pago de una prima antes de la fecha límite de pago.** La ley del estado de Rhode Island establece que se implemente un período de gracia de 30 días en el mercado de grupos pequeños antes de que se inicie el proceso de terminación.<sup>413</sup>
- G) aviso para empleados del período de inscripción abierta: el SHOP envía una notificación a cada uno de los empleados calificados acerca del período de inscripción abierta anual antes de dicho período.**<sup>414</sup>

## K. Apéndice C. Cobertura de continuación

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) federal determina la continuación de

---

<sup>406</sup> 45 CFR §155.715(d)(1)(ii)

<sup>407</sup> 45 CFR §155.715(e)

<sup>408</sup> 45 CFR §155.725(d)

<sup>409</sup> 45 CFR §155.715(d)(2)(ii)

<sup>410</sup> 45 CFR §155.715(f)

<sup>411</sup> 45 CFR §155.720(e)

<sup>412</sup> 45 CFR §155.720(h)

<sup>413</sup> R23-1-1-ACA S. 10.7

<sup>414</sup> 45 CFR §155.725(f)

los derechos de cobertura según los planes de salud de grupos. A estos derechos se los conoce comúnmente como derechos “COBRA”. Los derechos COBRA normalmente están limitados a los planes de salud de grupos de empleadores con veinte o más empleados,<sup>415</sup> pero muchos estados, incluido Rhode Island, han establecido leyes para extender derechos similares para empleadores con menos de veinte empleados.<sup>416</sup>

## A. COBRA

La norma básica según COBRA es que el plan de salud de grupos de un empleador con 20 o más empleados debe proporcionar a cada “beneficiario calificado” que perdería cobertura por un “evento calificante” una oportunidad de elegir “cobertura de continuación” dentro del “período de elección”.<sup>417</sup> La siguiente descripción de las cláusulas clave de COBRA no aborda algunas situaciones especiales.

Los “beneficiarios calificados” son los cónyuges o hijos dependientes cubiertos según un plan del empleador antes de que se produzca un evento calificante. Los empleados también se consideran beneficiarios calificados en el caso de una terminación del empleado o una reducción horaria.<sup>418</sup>

Los “eventos calificantes” que motivan el derecho de continuación COBRA pueden ser cualquiera de los siguientes (cuando el evento causa que los beneficiarios calificados pierdan su cobertura):

- Muerte del empleado cubierto.
- Terminación (que no sea por una evidente mala conducta), o reducción horaria, del empleo del empleado cubierto.
- El divorcio o la separación legal del empleado cubierto.
- El empleado cubierto tiene derecho a Medicare.
- Los hijos dependientes dejan de ser dependientes según los términos del plan.
- El empleado se declara en bancarrota. La pérdida de cobertura en el caso de bancarrota puede producirse en cualquier momento dentro del año anterior o posterior a la declaración en bancarrota.<sup>419</sup>

La cobertura de continuación que está disponible para un beneficiario calificado debe reunir los siguientes requisitos:

- Los beneficios que se ofrecen bajo la cobertura deben ser idénticos a los que se ofrecen según el plan de salud de grupos para los beneficiarios que no experimentaron un “evento calificante”.
- En el caso de la terminación o reducción horaria de empleados cubiertos, la cobertura debe extenderse durante 18 meses. Si se produce un segundo evento calificante, diferente de la bancarrota del empleador, dentro de los primeros 18 meses, la cobertura de continuación puede extenderse durante un total de 36 meses.
- Para otros eventos calificantes, la cobertura debe continuar durante 36 meses.

---

<sup>415</sup> ERISA § 601(b); Ley PHS § 2201(b)(1). COBRA establece derechos de continuación para planes de salud de grupos de empleadores privados según ERISA. Los empleadores del gobierno estatales y locales, que no están sujetos a los requisitos sustantivos de ERISA deben, no obstante, adherirse al derecho de continuación de COBRA según los términos de la Ley PHS.

<sup>416</sup> RIGL S. 27-19.1-1.

<sup>417</sup> ERISA § 601(a); Ley PHS § 2201(a).

<sup>418</sup> ERISA § 607(3); Ley PHS § 2207(3).

<sup>419</sup> ERISA § 603; Ley PHS § 2203.

- La cobertura de continuación puede terminar si el empleador elimina su plan de salud de grupos del todo.
- La elegibilidad para COBRA no puede basarse sobre evidencia de asegurabilidad.<sup>420</sup>

Es posible que un beneficiario calificado necesite pagar la prima completa para la cobertura de COBRA, además de una tarifa administrativa del 2 por ciento. Esto significa que la prima puede ser de hasta 102 % del costo de la cobertura para individuos ubicados en una situación similar que no han tenido un evento calificante, incluido el pago compartido por el empleado y por el empleador. La cobertura de COBRA puede terminarse si el empleado no realiza un pago de la prima, sin embargo el beneficiario calificado tiene 45 días a partir de la elección de COBRA para realizar el pago inicial de la prima.<sup>421</sup>

El “período de elección” es el momento en el cual el beneficiario calificado debe notificar al empleador de su selección para ejercer los derechos ERISA. El período de elección comienza en la fecha en que la cobertura terminaría por un evento calificante y dura sesenta días.<sup>422</sup> La cobertura entra en vigencia en la fecha del evento calificante, por lo que la cobertura puede instituirse de forma retroactiva.<sup>423</sup>

## **B. Beneficios Extendidos de Rhode Island**

Las leyes de Rhode Island proporcionan derechos de continuación, además de los provistos bajo COBRA federal. A los estatutos estatales, como a estos, a veces se los conoce como leyes “mini COBRA”. La ley de Rhode Island tiene un alcance diferente al de COBRA: solo se aplica a los planes de salud de grupos, no a los planes de salud de grupos autoasegurados, y cubre todos esos planes, independientemente del tamaño del empleador, mientras que COBRA cubre todos los planes de salud de grupos de los empleadores con al menos veinte empleados. Sin embargo, la ley de Beneficios Extendidos de Rhode Island no se aplica a los empleadores ni a los empleados de la industria de la construcción que participen en un plan de asistencia social de varios empleadores de Taft-Hartley.<sup>424</sup>

Bajo los Beneficios Extendidos de RI, los empleados, cónyuges o dependientes pueden continuar con su cobertura durante 18 meses después de que se termine la cobertura debido a un despido, la muerte o el fin de la existencia del lugar de trabajo. La cobertura de continuación no puede durar más que el período de tiempo en que el empleado estuvo contratado antes del evento calificante, y termina cuando el individuo bajo la cobertura de continuación se vuelve elegible para recibir beneficios bajo otro plan de grupos. Los empleados son responsables de pagar la tarifa completa de la prima (incluido el monto que pagaba el empleador), pero no más de eso. Si el plan del empleador cuenta con cincuenta o menos participantes del plan, los pagos se realizan directamente a la aseguradora. De lo contrario, los pagos se realizan al empleador. La elección de participar en una cobertura de continuación, según esta cláusula, debe realizarse dentro de los treinta días del despido o de la muerte.<sup>425</sup>

---

<sup>420</sup> ERISA § 602; Ley PHS § 2202.

<sup>421</sup> ERISA §§ 602(2)(C), (3), 604; Ley PHS §§ 2202(2)(C), (3), 2204.

<sup>422</sup> ERISA § 605(a)(1); Ley PHS § 2205(a)(1).

<sup>423</sup> ERISA § 602(2); Ley PHS § 2202(2).

<sup>424</sup> RIGL S. 27-19.1-1(h).

<sup>425</sup> RIGL S. 27-19.1-1(a)-(c).

K. Apéndice D. Documentos fiscales para nuevos grupos sin un informe trimestral de impuestos y salarios

**Documentos fiscales para nuevos grupos sin un informe trimestral de impuestos y salarios**

**HSRI exige el Formulario 941 más reciente (informe trimestral sobre impuestos y salarios).**

Los documentos que están a continuación pueden usarse cuando no se requiere por ley que el grupo declare o cuando este no estuvo comercialmente activo el tiempo suficiente para declarar.

TIPO DE EMPRESA	COMERCIALMENTE ACTIVO <u>MÁS</u>	COMERCIALMENTE ACTIVO <u>MENOS</u>
<b>Sociedades Anónimas C</b>	Formulario 941 (informe trimestral sobre impuestos y salarios) <u>Q</u> informe de nómina más reciente de una empresa tercera de procesamiento de nóminas (por ej., ADP o Paycheck)	informe de nómina más reciente de una empresa tercera de procesamiento de nóminas (por ej., ADP o Paycheck) <u>Q</u> copia de solicitud comercial y formulario de registro entregado a la división de tributación de RI y
<b>de W-4</b>	Formulario 941 (informe trimestral sobre impuestos y salarios) <u>Q</u> informe de nómina más reciente de una empresa tercera de procesamiento de nóminas (por ej., ADP o Paycheck)	Informe de nómina más reciente de una empresa tercera de procesamiento de nóminas (por ej., ADP o Paycheck) <u>Q</u> copia de solicitud comercial y formulario de registro entregado a la división de tributación de RI
<b>SOCIEDADES</b>	<b>PARA EMPLEADOS QUE SON</b>	<b>PARA EMPLEADOS QUE SON</b>
(Los socios generales no tienen el Formulario 941 ni el W-2. Puede encontrar información sobre impuestos en el Programa K-1; línea 15A).	Programa K-1 (Parte de los ingresos del socio) <u>Q</u> Programa SE (Impuestos al empleo por cuenta propia) <u>Q</u> Formulario 1065 (Declaración de ingresos de la Sociedad Colectiva) <b>Y</b> <b>para empleados que no son socios:</b> Formulario 941 (informe trimestral sobre impuestos y salarios) <u>Q</u> informe de nómina más reciente de una empresa tercera de procesamiento de nóminas (por ej., ADP o Paycheck)	Declaración jurada (para el propietario/empleador que no están en la nómina) y documentación de respaldo  <b>Y</b> <b>para empleados que no son socios:</b> Informe de nómina más reciente de una empresa tercera de procesamiento de nóminas (por ej., ADP o Paycheck)

<b>Sociedad de Responsabilidad Limitada (SRL)</b>	Puede declarar como una Sociedad Anónima C o como una Sociedad Colectiva Determine cuál es y consulte los requisitos anteriores.	Puede declarar como una Sociedad Anónima C o como una Sociedad Colectiva Determine cuál es y consulte los requisitos anteriores.
---	---	---

**CONTRATISTAS INDEPENDIENTES**

Contratistas independientes	Formulario 1099-MISC	Declaración jurada (para el propietario/empleador que no están en la nómina) y documentación de respaldo
-----------------------------	----------------------	--

**ACTIVIDADES AGROPECUARIAS**

	Programa F (Ganancias o pérdidas a partir de las actividades agropecuarias)	Informe de nómina más reciente de una empresa tercera de procesamiento de nóminas (por ej., ADP o Paycheck) <u>o</u> Declaración jurada (para el propietario/empleador que no están en la nómina) y documentación de respaldo
--	---	--

**ORGANIZACIONES SIN FINES DE LUCRO**

Hay muchos formularios que pueden presentarse bajo la condición sin fines de lucro. El mejor modo de determinar qué formulario se usa es preguntar al grupo qué formulario presentan, de hecho, al gobierno. Las iglesias u organizaciones religiosas pueden tener formularios K-2 o W-2 incluso cuando no buscan fines de lucro.

## Capítulo 12: Facturación y pagos atrasados

### A. Introducción

En este capítulo, se detallan las políticas, los procedimientos y las normas que rigen las terminaciones, la facturación y el pago atrasado en los mercados SHOP e individuales de HealthSource RI.

### B. Terminación de la inscripción en el Mercado individual

Los emisores de QHP (compañías de seguros médicos) no pueden suspender la cobertura de ningún QHP de forma unilateral.<sup>426,427</sup> Si una compañía de seguro médico considera que se garantiza la terminación de un inscrito, puede solicitar que HealthSource RI la inicie mediante la provisión de un aviso a HealthSource RI por escrito o a través de otro formato que HealthSource RI determine, pero HealthSource RI debe completar la terminación. Tras el examen y la correcta validación de tal solicitud, HealthSource RI inicia la terminación y proporciona aviso de la terminación al inscrito y a la compañía de seguro médico.

1) *Terminación involuntaria*: HealthSource RI inicia la terminación de la cobertura de un inscrito en las siguientes circunstancias<sup>428</sup>:

- El inscrito deja de ser elegible para recibir cobertura a través de HealthSource RI.
- El inscrito no pagó sus primas, luego de que se hayan acabado los períodos de gracia aplicables.
- La cobertura del inscrito se terminó.
- El QHP se termina o no se aprueba.
- El inscrito pasa de un QHP a otro durante un período de inscripción calificado.

**Ejemplo:** Amy se muda del estado de Rhode Island e informa de este cambio al Intercambio. Deja de ser elegible para recibir cobertura a través del QHP. HealthSource RI terminará su cobertura al final del mes en que informe de ese cambio.

2) *Terminación voluntaria*: Los empleados pueden solicitar terminar la cobertura médica de un QHP en cualquier momento, incluso en los casos en que hayan obtenido otra cobertura esencial mínima.<sup>429</sup> Los inscritos pueden terminar su cobertura a través de la cuenta en línea del cliente, o al llamar o visitar el centro de atención de HealthSource RI. Las fechas efectivas de las terminaciones se describen en la sección D de este capítulo.

### C. Notificación

Tras la terminación, HealthSource RI debe proporcionarle al cliente un aviso de terminación y otros avisos adicionales, según corresponda de acuerdo con el motivo de la terminación. Este aviso debe incluir el motivo de la terminación y se envía 30 días antes del último día de cobertura para cualquier forma de terminación

---

<sup>426</sup> 45 CFR 155.430(a)

<sup>427</sup> 45 CFR 156.270(a)

<sup>428</sup> 45 CFR 155.430(b)(2)

<sup>429</sup> 45 CFR 155.430(b)(1)

involuntaria.<sup>430</sup> Los clientes que terminan su cobertura de forma voluntaria quedan desvinculados al final del mes en el que realizan la solicitud y reciben un aviso al completar la terminación voluntaria.

Los avisos de terminación siempre se envían por correo, independientemente de que el individuo haya indicado que prefiere recibir las notificaciones por correo electrónico. Los avisos de terminación se envían al contacto principal de la cuenta. Si el individuo autorizó a un representante para tomar decisiones sobre esa cuenta del individuo y la dirección del representante autorizado figura en la lista de la cuenta, el representante autorizado se considera el contacto principal de la cuenta y recibe el aviso de terminación.

#### **D. Fechas efectivas de la terminación de la cobertura**

La cobertura a través de HealthSource RI se ofrece en intervalos de un mes. HealthSource RI no puede realizar terminaciones a mitad de mes. La única excepción se da en el caso de muerte. En todos los demás casos de terminación voluntaria, el último día de cobertura siempre es uno de los siguientes<sup>431</sup>:

- El último día del mes durante el cual el inscrito solicita la terminación.
- Si el inscrito solicita una fecha de terminación posterior, entonces el último día del mes que especifica el inscrito.<sup>432</sup>
- Si se realiza la terminación del empleado debido a que cambió de un QHP a otro durante la inscripción abierta o la inscripción especial, el último día de cobertura del QHP anterior de un inscrito es el último día antes de la fecha efectiva de la cobertura en su nuevo QHP, incluidas todas las inscripciones retroactivas.

En el caso de una terminación debido a que el individuo deja de ser elegible para recibir cobertura en un QHP a través de HealthSource RI, el último día de cobertura es el último día del mes que sigue al mes en que HealthSource RI envió una notificación de una nueva determinación de elegibilidad.<sup>433</sup>

Si se determina que un inscrito a un QHP es elegible para Medicaid, entonces el último día de cobertura de QHP es el último día del mes en el que se determina que el inscrito es elegible para Medicaid.

En el caso de terminación debido a la muerte del inscrito, la última fecha de cobertura debe ser el día de la muerte.<sup>434</sup> Para las terminaciones a mitad de mes debido a muertes, las primas deben prorratearse de acuerdo con una regla de prorrateo de 30 días. La prima que debe pagarse en nombre de ese inscrito terminado se calcula del siguiente modo:

$$(Días\ totales\ de\ cobertura\ recibida/30) \times prima\ mensual\ total$$

---

<sup>430</sup> 45 CFR 156.270 (b)(1)

<sup>431</sup> 45 CFR 155.430(d)(1)-(2)

<sup>432</sup> Los inscritos no pueden especificar una fecha de terminación más de tres meses después de la fecha de solicitud de la terminación de la cobertura.

<sup>433</sup> 45 CFR 155.430 (d)(3)

<sup>434</sup> 45 CFR S. 155.430(d)(7)

**Ejemplo:** Kevin pagaba \$240 por mes para su prima. Si muere el 20 de julio, su cobertura terminaría el 20 de julio y su prima se prorratearía usando la calculadora del siguiente modo:

$$(20/30) \times \$240 = \$160$$

La prima que debería pagarse en nombre de Kevin equivaldría a \$160.

En el caso de una terminación debido a la falta de pago de una prima mensual, sucede lo siguiente:<sup>435</sup>

- Si el individuo recibe APTC y, como resultado, es elegible para recibir un período de gracia de 3 meses, el último día de cobertura es el último día del primer mes del período de gracia de 3 meses.
- Para los individuos que no reciben APTC, el último día de cobertura es el último día del período de gracia de 1 mes.

**Ejemplo:** Barbara es elegible para APTC y no realiza el pago de la prima de la cobertura de mayo antes del plazo del 23 de abril. Tiene hasta el 31 de julio para pagar el saldo restante en su cuenta. Si no se reciben pagos antes del 31 de julio, se dará de baja a Barbara de su plan vigente desde el 30 de mayo.

**Ejemplo:** Ben no es elegible para APTC y no realiza el pago de la prima de la cobertura de mayo antes del plazo del 23 de abril. Tiene hasta el 31 de mayo para pagar el saldo restante en su cuenta. Si no se reciben pagos antes del 31 de mayo, se lo dará de baja de su plan vigente desde el 30 de mayo.

Para todos los demás casos de terminación involuntaria, HealthSource RI debe determinar la fecha efectiva de la terminación de acuerdo con la ley aplicable.<sup>436</sup>

**Ejemplo:** Megan desea terminar de forma voluntaria su cobertura y entrega su solicitud a HealthSource RI el 10 de mayo, pero no especifica la fecha de terminación solicitada. La fecha efectiva de la terminación será el 31 de mayo.

**Ejemplo:** Edward se volvió elegible para Medicaid con una cobertura con fecha efectiva del 1 de abril. HealthSource RI terminará su cobertura existente el 31 de abril.

**Ejemplo:** HealthSource RI vuelve a determinar que Sandy no sea elegible para recibir cobertura a través de un QHP y se le notifica de esta nueva determinación el 18 de septiembre. A menos de que se solicite la presentación de más documentación para apoyar la elegibilidad, el último día de su cobertura es el 30 de septiembre.

**Ejemplo:** Deb está inscrita en un QHP que no fue aprobado, y ya no puede adquirir cobertura a través de HealthSource RI, por lo que HealthSource RI terminará la cobertura de Deb. La fecha efectiva de la terminación es el último día del mes, momento en el cual el QHP deja de ofrecer cobertura. Deb recibe una

---

<sup>435</sup> 45 CFR 155.430 (d) (4)-(5)

<sup>436</sup> 45 CFR 155.430(a)

notificación de un período de 60 días (un período de inscripción especial) dentro del cual puede seleccionar un nuevo QHP.

### **E. Fechas efectivas de la terminación de la cobertura del SHOP**

Los reglamentos federales otorgan la flexibilidad del SHOP para determinar el momento en el que puede terminarse un QHP.<sup>437</sup> Las terminaciones de la cobertura del SHOP siempre deben entrar en vigencia el último día de un mes, salvo en el caso de la muerte de un inscrito, cuando el último día de cobertura debe ser la fecha de muerte.<sup>438</sup> Para las terminaciones a mitad de mes, las primas deben prorratearse.<sup>439</sup>

### **F. Terminaciones del SHOP retroactivas**

El empleador puede optar por la última fecha del mes actual o el último día del mes anterior para eliminar ("terminar") al empleado de SHOP.<sup>440</sup>

### **G. Facturación**

El sistema de administración financiera de HealthSource RI es el sistema de registro de transacciones relacionado con la facturación y el pago de la cobertura adquirida a través de HealthSource RI.<sup>441</sup> Salvo ciertas categorías de inscripción especial, el pago siempre debe realizarse en su totalidad antes del mes de cobertura para el cual se solicita.

**Ejemplo:** Danielle se registra para obtener seguro médico durante la inscripción abierta y solicita que la fecha de inicio de la cobertura sea el 1 de febrero. Su plan cuesta \$154. Debe pagar \$154 antes del 23 de enero para que se considere que se pagó por completo el mes de febrero.

#### **1) Facturas iniciales**

Las facturas iniciales se envían durante la inscripción abierta anual y durante los períodos de inscripción especial (SEP). Al día siguiente de realizar la selección del plan, se coloca la factura inicial en la cuenta en línea del cliente y, si el cliente seleccionó correo de papel como su medio de comunicación de preferencia, la factura también se le envía por correo a la dirección que figura en el registro del cliente (o en el de su representante autorizado, si se ha elegido uno).

La forma y el modo de transmisión de todas las facturas subsiguientes se ajustan a la preferencia que el cliente indica en la cuenta. Los clientes que indican una preferencia por la comunicación electrónica reciben un aviso en la dirección de correo electrónico que proporcionaron para avisarles que hay una nueva factura disponible en su cuenta en línea.

Las facturas tienen una fecha de vencimiento de pago, que es el 23.º día de cada mes. Las regulaciones

<sup>437</sup> 45 C.F.R. S. 155.735(a)

<sup>438</sup> 45 C.F.R. S. 155.735(a)

<sup>439</sup> 45 C.F.R. S. 155.735(a)

<sup>440</sup> 45 CFR S. 155.735(a)

<sup>441</sup> 45 CFR 155.240(c)

conceden a HealthSource RI cierta flexibilidad para establecer un plazo en relación con el período de inscripción abierta anual por el cual se debe recibir la prima del primer mes de una persona calificada para que la cobertura entre en vigencia a partir del primer día del próximo año de cobertura.<sup>442</sup> Es posible que el HSRI extienda o no el plazo de pago en una inscripción abierta determinada. Los clientes deben consultar su aviso de inscripción abierta o en [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) para obtener información actualizada en relación con las fechas de pago.

**Ejemplo:** Mariam realizó una selección de plan el 20 de noviembre durante la inscripción abierta y seleccionó como fecha efectiva de la cobertura el 1 de febrero. Se genera una factura inicial que se le envía por correo en diciembre. La fecha de pago que figura en la factura es el 23 de enero.

## 2) Facturas regulares

Las facturas regulares para el Mercado individual y para los inscritos en el SHOP se generan mensualmente con los pagos adeudados el 23.º día del mes anterior al mes de cobertura al cual se aplica ese pago. El pago de la prima de cualquier mes debe haberse recibido antes del 23.º día o los clientes corren riesgo de sufrir interrupciones en su cobertura.

**Ejemplo: Matt está** actualmente inscrito en un QHP a través de HealthSource RI. Se genera una factura y se le envía por correo a principios de febrero y debe pagarse el pago total de esa factura el 23.º día de febrero para el mes de cobertura de marzo.

## H. Opciones de pago

HealthSource RI provee a los clientes varias opciones para abonar sus facturas. Esas opciones son las siguientes:

- *Por correo:* los clientes pueden enviar un cheque o un giro bancario por correo con su declaración impresa del portal de HealthSource RI. El cheque o el giro bancario y la declaración deben enviarse por correo a la siguiente dirección: HealthSource RI, P.O. Box 9711, Providence, RI 02940-9711.
- *Pagos electrónicos únicos o recurrentes (ACH):* los clientes pueden optar por realizar pagos electrónicos únicos o registrarse para realizar pagos electrónicos recurrentes. Deben seguirse las normas para establecer los pagos recurrentes.
  - Puede requerirse que los inscritos establezcan un nuevo programa de pagos recurrentes para cada año de cobertura, pero el Intercambio retiene el criterio de continuar con el año de pagos recurrentes de un año de póliza a otro.
  - Los clientes reciben un número de confirmación después de realizar un pago de este modo y deben retener ese número para sus registros.
  - Para los clientes con pagos mensuales recurrentes: en su factura aparecerá una anotación de que ese cliente estableció pagos recurrentes. Si no aparece en una factura, el cliente debe iniciar sesión en su cuenta en línea o contactar a HSRI para confirmar que la información de la cuenta de pago sea correcta. Si una factura no muestra que el cliente

---

<sup>442</sup> R23-1-1-ACA S. 4.5(b)

tiene pagos recurrentes, este debe realizar pagos manuales antes de cada 23.º día del mes para evitar posibles interrupciones de su cobertura.

- *Pagos directos a la compañía de seguro médico:* las regulaciones federales permiten a los inscritos pagar a sus compañías de seguros médicos en forma directa si estas empresas aceptan pagos directos. HealthSource RI no recomienda los pagos directos, ya que pueden requerir un mayor tiempo de procesamiento o dar como resultado interrupciones de la cobertura.
- *Pagos en persona:* los clientes que desean entregar los pagos manualmente pueden hacerlo en el centro de atención directa de HealthSource RI en 401 Wampanoag Trail. El centro de atención directa solo puede cobrar cheques o giros bancarios. En el centro de contacto no se aceptan pagos electrónicos ni en efectivo.

**Es fundamental que los clientes que entreguen o envíen por correo un pago incluyan su número de cuenta con el pago para garantizar que el pago se aplique a la cuenta correcta. Si no incluyen esta información, puede interrumpirse su cobertura.** HSRI realiza todos los esfuerzos necesarios para reunir a los clientes con su bienes, ya sea en forma de reembolso o aplicación de fondos hacia un saldo adeudado. Si HSRI no puede identificar la cuenta deseada ni comunicarse con el pagador después de realizar esfuerzos razonables, entonces el estado de Rhode Island confisca los fondos sin reclamar como bienes sin reclamar. Luego de este punto, HealthSource RI ya no puede acceder a estos fondos.

Todos los pagos se almacenan a nivel de la cuenta y se aplican contra los saldos desde el más antiguo hasta el más nuevo. Esto significa que cuando los clientes adeudan pagos pendientes de meses anteriores, los pagos que realicen se aplican a primas pendientes desde las más antiguas hasta las más nuevas. Por ejemplo, si los clientes no pagaron el monto total de las primas para la cobertura de abril y mayo, todos los pagos que se realicen para la cobertura de junio se aplican para satisfacer el saldo de abril y, luego, el saldo de mayo, antes de aplicarse al saldo para la cobertura de junio.

#### **I. Pagos retrasados**

Las facturas de los individuos y del empleador se consideran vencidas si no se pagan por completo antes del 23.º día del mes para la cobertura del mes del procedimiento y los montos adeudados pasados. Pueden publicarse normas especiales sobre el plazo de pago para el período de inscripción abierta anual y se emiten sobre una base anual de acuerdo con las circunstancias de cada año. Estos plazos se incluyen en el aviso de la inscripción abierta anual y las extensiones de los plazos se publican en [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com) a medida que se extienden.<sup>443</sup>

Los clientes que intenten realizar un pago de cobertura después de haber sido terminados por falta de pago pueden realizar un reembolso si llaman a centro de contacto. Observe que los clientes que fueron desvinculados debido a falta de pago no pueden inscribirse para recibir cobertura hasta el siguiente período de inscripción abierta a menos que experimenten un evento de vida calificante.

#### **J. Realizar un pago**

---

<sup>443</sup> 45 CFR 156.270

Los clientes pueden realizar los pagos directamente a través de sus cuentas en línea de HealthSource RI. Este método es la mejor manera de garantizar que los pagos se reciban a tiempo. Los clientes no deben realizar dos pagos dentro de las mismas 24 horas. Si realizan esto, pueden cancelarse uno o ambos pagos.

Los métodos de pago válidos incluyen los pagos electrónicos (extracciones directas de las cuentas de los clientes), cheques o giros bancarios. Pueden establecerse pagos recurrentes después de que los clientes hayan pagado la totalidad de la primera factura. Los clientes que optan por pagar en línea, ya sea mediante pagos únicos o pagos mensuales recurrentes, deben revisar los términos y las condiciones para los pagos disponibles en el momento en el que están realizando el pago. Si los clientes realizan este pago por teléfono, el representante del centro de atención le leerá los términos y las condiciones.

Observe que el pago vence el 23.º día del mes para la cobertura médica del siguiente mes y el pago debe **recibirse** antes de esta fecha. Para los pagos realizados por correo, los clientes deben otorgar un tiempo de procesamiento suficiente para que llegue el correo. HSRI no respeta fechas con matasellos para pagos, dado que los pagos deben recibirse antes del 23.º día para garantizar de que no haya interrupciones en la cobertura. Se considera que un cliente pagó si su pago inicial del año se encuentra dentro de los \$5 del monto adeudado y, para los meses subsiguientes, si el saldo adeudado es menor de \$10.

#### **K. Saldo adeudado en el momento de la facturación y cambios en la cuenta que se realizaron después de esa fecha y generaron un monto adicional adeudado:**

Los clientes deben revisar su factura mensual para asegurarse de que refleje la selección del plan y del grupo familiar de la cobertura correcta. Los clientes que realizan cambios a su cuenta entre la fecha impresa en la factura y el vencimiento del pago, el 23.º día, deben iniciar sesión en sus cuentas en línea o llamar al centro de atención para garantizar que estén pagando el monto adeudado correcto. Muchos cambios pueden tener un impacto sobre el saldo adeudado para un mes determinado. Los clientes con pagos recurrentes deben confirmar que no adeudan un saldo adicional después de un cambio en la cuenta. **En el caso de los clientes con pagos recurrentes, si se realiza un cambio después de la fecha de la factura y este genera un monto diferente en comparación con el de la factura, los pagos recurrentes extraen el menor monto de ese mes. Esto puede dar como resultado una interrupción en la cobertura. Los clientes con pagos recurrentes deben verificar el saldo de sus cuentas siempre que realicen cambios en estas, incluidos cambios en los ingresos, en la selección del plan o en la composición familiar.**

Si los clientes no pagan la totalidad de sus saldos antes la fecha de vencimiento, corren riesgo de que sus cuentas experimenten interrupciones en la cobertura. Es obligación del cliente asegurarse de que estén totalmente pagados antes de la fecha de vencimiento del pago.

#### **L. Notificación**

Los individuos que optan por recibir APTC y a quienes se les venció su factura reciben un aviso atrasado junto con su factura mensual.<sup>444</sup> El aviso incluye el monto adeudado y la fecha de terminación de la cobertura si los clientes no pagan sus saldos pendientes antes del plazo de vencimiento. Los avisos atrasados y los avisos con

---

<sup>444</sup> 45 CFR 156.270(f)

intención de terminación no se muestran en las cuentas en línea de los clientes y se envían solo por correo. Los empleadores y los individuos que no reciben un APTC y que adeudan pagos tienen un período de gracia de un mes,<sup>445</sup> y reciben un aviso con *intención de terminación* al menos 30 días antes a la fecha de terminación<sup>446,447</sup>. Los individuos que no califican para los APTC y los empleadores que continúan siendo morosos 1 mes después de la fecha de vencimiento se los da de baja por falta de pago después de un mes, de acuerdo con las normas del período de gracia.<sup>448,449</sup>

Los individuos que califican para los APTC tienen un período de gracia de 3 meses y se los da de baja por falta de pago si no se recibe el pago total antes del final del período de gracia de tres meses.<sup>450</sup> La terminación será efectiva a partir del último día del primer mes del período de gracia.<sup>451</sup>

Las facturas con avisos de pago atrasados y los avisos de terminación se envían por correo, independientemente de la preferencia del individuo. Estos avisos se envían al contacto principal de la cuenta. Si el individuo autorizó a un representante para tomar decisiones sobre esa cuenta del individuo y la dirección del representante autorizado figura en la lista de la cuenta, el representante autorizado se considera el contacto principal de la cuenta y recibe el aviso de pago atrasado o terminación.

**Ejemplo:** Olivia no es elegible para APTC y olvidó pagar la factura de su cobertura de marzo, que vencía el 23.º día de febrero. Recibe un aviso de pago atrasado que incluye el monto que adeuda y le informa que su cobertura finaliza el 31 de marzo, a menos que pague su saldo pendiente antes del 23.º día de marzo.

#### **M. Reclamos pendientes y en espera durante los meses del período de gracia**

En el caso de que los inscritos reciban APTC y que sean morosos en el pago de sus primas, HealthSource RI proporcionará un período de gracia de tres meses consecutivos, como se describió anteriormente. Durante este período de gracia, las acciones de la compañía de seguro médico en relación con cualquier reclamo realizado por el inscrito dependen de la siguiente línea de tiempo: <sup>452</sup>

- Durante el primer mes del período de gracia, la compañía de seguro médico paga todos los reclamos adecuados por los servicios ofrecidos a los inscritos.
- Durante el segundo y tercer mes del período de gracia, la compañía de seguro médico *puede* dejar pendientes los reclamos por los servicios ofrecidos a los inscritos. Los reclamos pendientes son aquellos cuyo precio total quizás deban pagar los clientes por el servicio en el momento del servicio, y los clientes tienen la oportunidad de presentar reclamos a su compañía de seguro médico para obtener reembolsos más adelante si se realiza el pago de la prima para el mes de cobertura pendiente. Si no se realiza el pago de una prima vencida, eventualmente se termina la cobertura del individuo de acuerdo con las fechas descritas en la sección D. Las compañías de seguros médicos

<sup>445</sup> RIGL 27-18-3(a)(3)

<sup>446</sup> 45 CFR 156.270(b)(1)

<sup>447</sup> 45 CFR 156.270(f)

<sup>448</sup> 45 CFR 155.430(d)(5)

<sup>449</sup> RIGL 27-18-3(a)(3)

<sup>450</sup> 45 CFR 156.270(d); 45 CFR 156.270(g); 45 CFR 155.430(d)(4)

<sup>451</sup> 45 CFR 155.430(d)(4)

<sup>452</sup> 45 CFR 156.270(d)(1)

retienen el derecho de cobrar sobre las primas no pagadas durante los meses en que estas empresas pagaron los reclamos por los servicios ofrecidos a los inscritos.

- Una vez que los inscritos hayan ingresado al período de gracia, debe realizarse la totalidad del pago, incluidos los montos adeudados pasados, para tener una cobertura en espera. Los pagos parciales no ajustan los meses del período de gracia.

#### **N. Renovación automática y variaciones de minimus**

En el caso de que los clientes cuenten con cobertura activa en un año determinado, HealthSource RI puede notificar al cliente de que es elegible para una renovación automática el año siguiente. Si los clientes que han sido notificados poseen menos de \$5 en el pago correspondiente a la cobertura de enero que vence en diciembre, contando la prima de enero del año siguiente, la cobertura de los clientes se renueva automáticamente para enero el año siguiente. Los clientes también son responsables de devolver todos los créditos fiscales que se hayan pagado para el mes de enero y todos los demás meses de cobertura en los cuales no hayan pagado la totalidad de la prima. **Los clientes que hayan sido notificados de que su cobertura se renovará automáticamente para el siguiente año, que deban menos de \$5 y que no deseen renovarse para el 1 de enero deben solicitar desvincularse antes del 31 de diciembre o se renovarán automáticamente en un plan y, posiblemente, será responsables de todos los créditos fiscales que se paguen en su nombre.**

#### **O. Reembolsos**

Los clientes con créditos válidos en su cuenta pueden solicitar un reembolso de ese crédito. La solicitud del reembolso se realiza llamando al centro de atención, y el equipo de investigación de HSRI la analiza y la aprueba o la rechaza. Se contacta al cliente con los resultados de la investigación. No pueden solicitarse reembolsos hasta 15 días después de que se haya realizado el pago de un cliente.

- Los reembolsos deben solicitarse por teléfono a través del centro de atención. No se revisarán las solicitudes enviadas por correo para recibir reembolsos.
- Si los clientes cuentan con cobertura activa y planean continuar con HSRI, se los alienta a hacer pagos en exceso o saldos de crédito a meses futuros de cobertura. Es poco probable que se emita un reembolso antes de que venza la siguiente prima.
- Si un reembolso se envía por correo y este correo se devuelve, HSRI investigará si hubo un cambio de dirección reciente para la cuenta. Si no hubo un cambio de dirección, HSRI intentará contactar al cliente por teléfono. Si no puede comunicarse con el cliente, se escribirá una carta y se la enviará a la dirección que figura en el archivo. Según el tiempo que haya pasado, quizás sea necesario emitir un nuevo cheque.

#### **Solicitudes de reembolso cuando un titular de cuenta fallece:**

- La política de HSRI es que respeta las solicitudes de reembolso válidas en nombre de los titulares de cuenta fallecidos. Estos reembolsos pueden depositarse en el estado del titular de la cuenta.

- HSRI no puede cambiar el nombre que figura en el cheque del reembolso por el de otra persona ni por el de un miembro de la familia si esa persona o miembro de la familia no es un representante autorizado de la cuenta.

#### **P. Tarifa de evaluación de la compañía de seguro médico**

La tarifa de evaluación para HSRI debe expresarse como un porcentaje de las primas y basarse sobre el monto total en dólares de la prima que se espera cobrar en un trimestre determinado. El último día de enero, abril, julio y octubre, o antes de esta fecha, HSRI genera una factura para cada compañía de seguro médico. Los montos de las facturas se calculan trimestralmente, según las primas del período trimestral previo. El manual de Intercambio de la compañía de seguros proporciona más detalles en relación con la estructura de facturación y el mecanismo para realizar pagos.

#### **Q. Cobro después de la terminación**

Después de que se termina la cobertura de un individuo, de una familia o de un grupo de empleadores, HealthSource RI interrumpe las actividades de cobro y le permite a la compañía de seguro médico cobrar de forma directa los montos que se le adeudan. En este punto, si hubiese individuos, familias o grupos de empleadores dado de baja que paguen montos a HealthSource RI, que se adeuden al emisor, HealthSource RI remite esos montos a las compañías de seguros médicos correspondientes.

#### **R. Bancarrota**

En el caso de que los clientes se declaren en bancarrota, el acreedor final es la compañía de seguro médico correspondiente del cliente. Como se explica en más detalle en la sección Q, más arriba, después de que se termina la cobertura de un individuo, de una familia o de un grupo de empleadores, HealthSource RI interrumpe las actividades de cobro y le permite a la compañía de seguro médico cobrar de forma directa los montos que se le adeudan. Cuando se presenta a HealthSource RI cualquier aviso basado en la sección 362(a) del Código de Bancarrota, HealthSource RI puede remitir este aviso junto con sus documentos acompañantes al emisor.

## Capítulo 13: Creación de cuenta y mantenimiento de HealthSource RI

### A. Descripción general del proceso de solicitud

Los clientes deben completar y entregar una solicitud de HealthSource RI para ser elegibles para obtener cobertura a través de HealthSource RI.

Durante la inscripción abierta anual o durante el período de inscripción especial, los individuos pueden solicitar recibir cobertura a través de HealthSource RI, mediante los siguientes medios:

- En línea:
  - [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com)
  - [www.HealthyRhode.ri.gov](http://www.HealthyRhode.ri.gov)
- Por teléfono: 1-855-840-4774
- En persona: 401 Wampanoag Trail, East Providence, RI 02915 (de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 7:00 p. m.)
- Al completar y entregar una solicitud de papel a la siguiente dirección: HealthSource RI HZD Mailroom 74 West Road, Suite 900 Cranston, RI 02920-8413

Para obtener más información sobre los períodos de inscripción abierta anual y de inscripción inicial, consulte el capítulo 3.

#### 1) **Completar la solicitud**

Completar la solicitud es el primer paso del proceso para obtener cobertura. La solicitud ayuda a HealthSource RI a determinar la elegibilidad para el programa, incluidos datos como si el solicitante puede ser elegible para lo siguiente:

- Cobertura patrocinada por el gobierno de Medicaid de Rhode Island o Rite Care.
- Planes de salud calificados (QHP).
- Créditos fiscales o reducciones de costos compartidos (CSR) para que la cobertura de QHP sea más asequible.

Cuando soliciten, los individuos deben contar con la siguiente información y documentos a disposición para todos los miembros del grupo familiar que necesiten cobertura médica:

- Números de seguro social (requerido solo si los solicitantes tienen SSN).
- Fechas de nacimiento.
- Números de pasaporte, extranjero u otros documentos de inmigración de todo inmigrante legal.
- Declaraciones impositivas previas, información sobre los ingresos de todos los adultos y menores de 19 años que deban presentar una declaración impositiva.
- Información acerca de la cobertura de salud disponible para su grupo familiar.

- Formularios W-2.
- Formularios 1099.
- Información sobre el seguro médico del empleador, incluso si los solicitantes no están cubiertos por el plan de seguro del empleador.

Se les puede solicitar a los clientes que brinden parte de esta información a los miembros de su grupo familiar que no busquen cobertura médica. La elegibilidad para recibir cierta ayuda financiera requiere información de todos los integrantes del grupo familiar y no solo de aquellos que busquen recibir cobertura.

## **B. Inscripción en cobertura médica**

El proceso de solicitud es deferente del plan de selección y del de inscripción. Completar y enviar una solicitud no permite automáticamente a los clientes seleccionar un plan a través de HealthSource RI. En otras palabras, el proceso de solicitud ayuda a HealthSource RI a determinar si los individuos son **elegibles** para inscribirse en un plan de salud autorizado con o sin ayuda financiera ni Rite Care (Medicaid). Para obtener más información sobre la ayuda financiera, ofrecida en forma de APTC y CSR, consulte el capítulo 4.

Luego de que se haya entregado la solicitud y de que HealthSource RI la revise, si se determina que el solicitante es elegible para inscribirse en un QHP a través de HealthSource RI, este puede optar por inscribirse y pagar por un plan. Para obtener más información sobre elegibilidad para inscribirse en un plan a través de HealthSource RI, consulte el capítulo 2. Los solicitantes deben seleccionar un fecha para que comience su cobertura y pagarla antes de la fecha de vencimiento. Por lo general, los pagos vecen el 23.º día del mes para comenzar la cobertura el primer día del mes siguiente. Si los solicitantes exceden el plazo de pago, se cancelan sus inscripciones y no comienza su cobertura. En este caso, los solicitantes deben volver a entregar sus solicitudes para recibir cobertura y seleccionar una nueva fecha.

### **1) Directorios de proveedores**

Antes de elegir un plan, los clientes deben asegurarse de que los proveedores de cuidado primario (PCP), los especialistas o los proveedores de salud del comportamiento que son importantes para ellos o los miembros de sus familias participen en la red específica del plan. HSRI se esfuerza para garantizar que la información puesta a disposición de los clientes usando el directorio de proveedores de HSRI sea precisa. Sin embargo, la única manera en que los clientes pueden estar seguros de esto es si llaman a sus médicos y les preguntan si están o no en una red específica del plan. Los clientes también deben llamar a su compañía de seguro médico y preguntarle si el médico que desea aún se encuentra en la red antes de recibir atención. HSRI ofrece su directorio de proveedores como referencia para que los clientes comparen planes, pero no asume ninguna responsabilidad de errores u omisiones presentes.

## **C. Avisos**

HealthSource RI tiene la obligación de comunicar información importante de cobertura de salud y determinaciones de elegibilidad a sus clientes mediante avisos. Algunas razones comunes para enviar avisos incluyen los siguientes:

- Notificación de cambios en la elegibilidad para recibir cobertura APTC o CSR.
- Notificación de que HealthSource RI necesita más información para determinar la elegibilidad para recibir cobertura.
- Notificación de que HealthSource RI encontró una discrepancia entre las fuentes de datos y necesita más información de los clientes en cuanto a su elegibilidad actual.
- Notificación de elegibilidad para un período de inscripción especial.
- Notificación de inscripción en un plan de salud.
- Notificación de que el cliente está atrasado en el pago de una prima mensual.
- Notificación de desvinculación de un plan de salud.
- Notificación relacionado con el período de inscripción abierta anual.

Los avisos que HealthSource RI debe enviar a solicitantes y clientes deben incluir lo siguiente:

- Información de contacto de recursos de servicio al cliente.
- Explicación de los derechos de apelación, si corresponde.
- Mención o identificación de la norma específica que respalda la acción, incluido el motivo de la acción deseada.<sup>453</sup>

Durante el proceso de solicitud, los individuos tienen la oportunidad de decidir cómo desean recibir los avisos: de forma electrónica o por correo. Los avisos se envían por el medio que indique el usuario, aunque hay algunos avisos que deben ser enviados vía correo. Por este motivo, es esencial que los clientes mantengan y actualicen su dirección postal, incluso si seleccionan correo electrónico como su método de comunicación preferido. Los clientes tienen la obligación de informar cualquier cambio de dirección a HSRI, y deben hacerlo lo antes posible para evitar posibles interrupciones en su cobertura médica.

Los solicitantes que deciden recibir sus avisos por correo, reciben la correspondencia en la dirección postal que proporcionaron durante el proceso de solicitud. Esa dirección postal puede cambiarse dentro de la cuenta del usuario en cualquier momento en la pestaña “Account Info” (información de la cuenta) en “Contact information” (información del contacto).

A los solicitantes que eligen recibir los avisos de forma electrónica o por papel, se les envía un registro de todos los avisos, el cual pueden encontrar en sus cuentas de HealthSource RI en la pestaña “Notices” (Avisos). Los clientes que optan por correo electrónico también reciben un aviso por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que figura en su cuenta, en el que se los alerta de que se agregó un aviso a esa cuenta. Los usuarios pueden actualizar la dirección de correo electrónico dentro de la cuenta del usuario en cualquier momento en la pestaña “Account Info” en “Contact information”. **Los usuarios deben asegurarse de que los avisos por correo electrónico no se filtren hacia las carpetas de correo no deseado, ya que estos avisos son comunicados fundamentales de HealthSource RI.**

---

<sup>453</sup> 45 CFR 155.230(a)

Los clientes pueden cambiar su medio de comunicación de preferencia en cualquier momento en su cuenta de usuario de HealthSource RI en la pestaña “Account Info” en “Contact information”.

Para todos los clientes de HealthSource RI, los “avisos atrasados”; es decir, estados de facturación (facturas) enviados a los clientes después del plazo de pago de la prima mensual, en el que se les informa que están atrasados en un pago, siempre se envían por correo, independientemente de la preferencia del cliente. Para los clientes en el mercado individual, los estados de facturación se envían a través del servicio postal de los Estados Unidos. Para los clientes en el mercado de SHOP, los estados de facturación se envían a través del medio de comunicación del cliente. Consulte el Capítulo 12 para obtener más información sobre facturación y plazos de pago de primas,

#### **D. Selección de un representante autorizado**

Durante el proceso de solicitud, el contacto principal de la cuenta puede optar por tener un “representante autorizado” designado a su cuenta. Los representantes autorizados son individuos terceros autorizados por el contacto principal de la cuenta para que sea el punto de contacto principal con la cuenta. Los representantes autorizados deben ser mayores de 18 años y pueden ser un amigo, familiar o cualquier persona que designe el solicitante.

Los representantes autorizados pueden acceder a la cuenta del cliente, tomar decisiones en relación con la cuenta y realizar pagos de primas asociados a la cuenta. Además, reciben todos los avisos y las facturas en nombre de los clientes o inscritos. **Los clientes no recibirán avisos ni facturas si han seleccionado representantes autorizados, aunque los clientes siempre tienen acceso a su cuenta en línea donde puede ver los avisos o las facturas en cualquier momento.**

La designación de un representante autorizado es opcional. Los usuarios pueden considerar seleccionar representantes autorizados si necesitan o desean ayuda para estar alerta de los avisos importantes de las facturas que envía HealthSource RI.

##### **1) Representante autorizado designado por ley**

Los representantes autorizados también pueden ser personas designadas por ley para actuar en nombre de los clientes. Los representantes autorizados designados por ley pueden ser tutores legales, curadores, titulares de poder legal o apoderados para la atención médica, o, si el solicitante o miembro murió, administradores o ejecutores del estado. Antes de que un representante autorizado comience a actuar de cualquier modo significativo en relación con una cuenta de cliente, el representante autorizado designado por ley debe entregar a HSRI una copia del documento jurídico aplicable que establezca que representa legalmente al cliente en cuestión. Una persona designada por ley para actuar en nombre del estado de un solicitante o miembro que haya muerto también puede funcionar como un representante autorizado siguiendo las instrucciones mencionadas anteriormente. La autoridad exacta de un representante autorizado puede depender de la redacción del documento legal relevante.

##### **2) Representante autorizado de uso limitado**

Un representante autorizado de uso limitado (LUAR) tiene una función similar a la del representante

autorizado descrito anteriormente, pero reducida. Puede realizar las mismas funciones que un representante autorizado, como efectuar cambios en una cuenta y comunicarse con el centro de atención telefónica en nombre de un contacto de una cuenta principal. Sin embargo, un LUAR NO recibe los avisos y las facturas relacionados con una cuenta. Puede designarse un LUAR si se completa el formulario adecuado y las instrucciones disponibles en [www.HealthSourceRI.com](http://www.HealthSourceRI.com). Estos requisitos deben cumplirse mediante el uso del formulario disponible y siguiendo las instrucciones que figuran en este para la entrega. Estas solicitudes **no pueden** hacerse por teléfono ni en persona.

#### **E. Informar los cambios**

Durante el año de cobertura, los clientes pueden experimentar cambios en sus estilos de vida que afecten la elegibilidad para la cobertura a través de HealthSource RI. Los clientes deben informar a HealthSource RI si se dan los siguientes casos:<sup>454</sup>

- Cambian los ingresos de su grupo familiar (aumentan o disminuyen).
- Se mudan.
- Los encarcelan.
- Cambia la ciudadanía o condición de inmigración de cualquier miembro del grupo familiar.
- Cambia la cantidad de integrantes de la familia debido, por ejemplo, al matrimonio, divorcio, nacimiento, adopción o muerte de estos.

Los clientes que reciben Medicaid y CHIP deben informar los cambios que se realicen en los casos mencionados arriba dentro de los 10 días,<sup>455</sup> mientras que los que estén inscritos en un QHP, con o sin ayuda financiera, deben informar tales cambios dentro de los 30 días.<sup>456</sup>

Es esencial que los clientes informen estos cambios dentro de los plazos de tiempo establecidos anteriormente. Algunos cambios pueden afectar la elegibilidad para la cobertura o la ayuda financiera. Algunos cambios, si no se informan, pueden afectar la conciliación del crédito fiscal de los clientes al final del año fiscal. Consulte el capítulo 8 para obtener una lista completa de los cambios que los clientes deben informar a HealthSource RI o DHS y las maneras en que pueden hacerlo.

Nota: Si un inscrito a QHP no solicitó ser considerado para programas de asequibilidad de seguro cuando el cliente solicitó la cobertura (es decir, si indicó que no estaba interesado en recibir ayuda financiera), no es necesario que el inscrito informe ninguna información relacionada con la elegibilidad IAP, pero sí se le exige que informe los cambios que afectan la elegibilidad para HealthSource RI, como un cambio de dirección o un encarcelamiento.<sup>457</sup>

#### **F. Derechos y responsabilidades del solicitante**

De acuerdo con la ley federal y estatal y la política del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los

---

<sup>454</sup> 45 CFR 155.330(b)(1); 42 CFR 435.916(c)

<sup>455</sup> 42 CFR 435.916(c)

<sup>456</sup> 45 CFR 155.330(b)(4)

<sup>457</sup> 45 CFR 155.330(b)(2)

Estados Unidos (HHS), HealthSource RI tiene prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad de origen (personas con dominio limitado del inglés), edad, sexo, discapacidades, religión, identidad de género o ideología política.

Para presentar una queja sobre discriminación, los clientes pueden comunicarse con el HHS en HHS, Director, Oficina de Derechos Civiles, Sala 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. 20201 o llamar al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (DTS). El HHS es un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Es tarea de HealthSource RI y la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Rhode Island (EOHHS) (la agencia de Medicaid del estado) hacer lo siguiente:

- Ayudar a los clientes a completar todos los formularios solicitados.
- Brindarles a los clientes servicios de interpretación o traducción sin costo alguno cuando se comuniquen con HealthSource RI o la EOHHS.

1. Los servicios de interpretación y traducción están disponibles en los siguientes idiomas:

#### **Inglés**

If you, or someone you're helping, has questions about Healthsource RI, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 1-855-840-4774.

#### **Español**

Si usted, o alguien a quien usted está ayudando, tiene preguntas acerca de Healthsource RI, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-855-840-4774.

#### **Portugués**

Se você, ou alguém a quem você está ajudando, tem perguntas sobre o Healthsource RI, você tem o direito de obter ajuda e informação em seu idioma e sem custos. Para falar com um intérprete, ligue para 1-855-840-4774.

#### **Chino**

如果您，或是您正在協助的對象，有關於 Healthsource RI 方面的問題，您有權利免費以您的母語得到幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話 1-855-840-4774。

#### **Criollo francés**

Si oumenm oswa yon moun w ap ede gen kesyon konsènan Healthsource RI, se dwa w pou resevwa asistans ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san ou pa gen pou peye pou sa. Pou pale avèk yon entèprèt, rele nan 1-855-840-4774.

#### **Mon-Khmer, camboyano**



pod numer 1-855-840-4774.

**G. Responsabilidades del solicitante con todos los programas de cobertura de salud**

Durante el proceso de solicitud, los individuos que soliciten cobertura de salud, como Medicaid de Rhode Island, crédito fiscal anticipado para primas (APTC) y reducciones de costos compartidos (CSR), deben proporcionar el número de seguro social (SSN) de todos los miembros de su grupo familiar, incluido el del solicitante.<sup>458</sup>

Si la agencia lo requiere, los solicitantes deben proporcionar todas las pruebas o la información necesarias para determinar la elegibilidad.

**H. Normas importantes para todos los programas de cobertura de salud**

Existen determinadas leyes estatales y federales que rigen el funcionamiento de HealthSource RI y EOHHS, que administran RIte Care (Medicaid), los derechos y las responsabilidades de los clientes, y la cobertura que se obtiene a través de HealthSource RI y EOHHS. Al completar la solicitud de HealthSource RI, los solicitantes aceptan cumplir con dichas leyes y la cobertura obtenida de conformidad con ellas.

- 1) Los clientes deben proporcionar el número de seguro social (SSN) de todos los miembros de su grupo familiar, incluidos ellos mismos, que soliciten cobertura de salud, como Medicaid de Rhode Island, crédito fiscal anticipado para las primas (APTC) y reducciones de costos compartidos (CSR), de conformidad con la ley federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Los SSN se utilizan para comprobar la identidad, la ciudadanía, la condición de extranjero y los ingresos, así como para prevenir el fraude y verificar reclamos de atención médica. HealthSource RI también utiliza la información de los SSN en conjunto con otras agencias federales y estatales, incluido el Servicio de Impuestos Internos, para administrar nuestros programas y cumplir con lo que dicta la ley.
- 2) Si la agencia lo requiere, los clientes deben proporcionar todas las pruebas o la información necesarias para determinar si son elegibles para obtener cobertura o ayuda financiera. Los clientes deben informar los cambios en los ingresos, en los integrantes del grupo familiar y demás información incluida en la solicitud lo antes posible.
- 3) Requisito de brindar ayuda para la inscripción de electores  
La Ley Nacional de Registro de Electores de 1973 exige que todos los estados proporcionen ayuda para el registro de electores a través de sus oficinas públicas de asistencia. Inscribirse para votar o negarse a hacerlo no afecta los servicios o beneficios que los clientes puedan recibir de HealthSource RI. Los clientes pueden registrarse para votar en el siguiente enlace: <http://www.elections.ri.gov/voting/registration.php>.
- 4) Derecho a apelar  
Los clientes pueden solicitar una apelación. Si un cliente no está de acuerdo con una determinación que tomó

---

<sup>458</sup> 45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910

HealthSource RI respecto de su elegibilidad, tiene derecho a apelar dicha decisión. De acuerdo con la Norma N.º 0110 de la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS), denominada “Reclamos y audiencias”, los clientes pueden presentar una apelación de una determinación de elegibilidad y el caso será atendido por un funcionario de audiencia. Puede encontrar más información sobre el derecho a apelar y el proceso de apelación en el capítulo 9.

La información personal se protege como se describe en la política de privacidad de HealthSource RI, que puede ponerse a su disposición cuando la solicite. Póngase en contacto con HealthSource RI para solicitar una copia. Esta política está disponible en nuestro sitio web ([www.healthsourceri.com](http://www.healthsourceri.com)) para que la consulte en cualquier momento.

5) HealthSource RI no es responsable de la administración de sus planes de salud comerciales.

Las preguntas acerca de las condiciones de un plan de seguro médico, por ejemplo, sobre la elegibilidad para beneficios, los gastos de bolsillo correspondientes a un plan y cómo reclamar un beneficio o apelar una denegación de beneficios, deben dirigirse a la compañía de seguros médicos. Las compañías de seguros médicos proporcionan a los individuos más información sobre los beneficios de cada plan. Puede obtener ayuda con estas consultas y apelaciones a través de la Oficina del Comisionado de Seguros Médicos (OHIC) de Rhode Island llamando al 855-747-3224.

Si un individuo es elegible para COBRA tras la terminación de cualquier cobertura de seguro médico, el empleador o emisor es responsable de administrar COBRA y de proporcionar el período de elección y los avisos requeridos de COBRA.

Los individuos no deben cancelar ninguna cobertura de seguro vigente ni rechazar los beneficios de COBRA hasta que hayan recibido la carta de aprobación y la póliza de seguro, también conocida como contrato o certificado de seguro, por parte de la compañía de seguros seleccionada durante el proceso de inscripción. Los individuos deben asegurarse de comprender y aceptar las condiciones de la póliza, y prestar especial atención a la fecha de entrada en vigencia, los períodos de espera, el monto de la prima, los beneficios, las limitaciones, las exclusiones y las cláusulas adicionales.

**I. Requisitos de los planes de salud autorizados (QHP) solo para inscritos**

A. Responsabilidad de informar cambios que afecten la elegibilidad

Los individuos que se inscriban en un plan de salud autorizado a través de HealthSource RI y que experimenten un cambio en sus ingresos, deben informárselo a HealthSource RI dentro de los treinta (30) días de ese cambio. Un cambio en los ingresos podría modificar los créditos fiscales o las reducciones de costos compartidos a los que un cliente tiene derecho. El crédito fiscal se basa en los ingresos aproximados que el solicitante envía en la solicitud. En general, si los ingresos de un cliente aumentan, este califica para menores créditos fiscales. Si un individuo no informa un cambio en sus ingresos, HealthSource RI no tiene manera de enterarse de este cambio y continuará brindando el mismo crédito fiscal por cada mes que el cambio en los ingresos no se informe. Luego, en la temporada de impuestos, es posible que el individuo tenga que devolver ese dinero. Consulte el capítulo 5 para obtener más información en relación con la conciliación de crédito fiscal.

B. Beneficios y tarifas del plan

Las tarifas de la prima están sujetas a cambio según las prácticas de evaluación del riesgo de la compañía de seguro médico y la selección de beneficios opcionales disponibles de los clientes, si los hubiere. El Comisionado de Seguros de Médicos aprueba las tarifas finales.

Las tarifas de la prima corresponden a la fecha efectiva para la cobertura solicitada *únicamente*. Si la fecha efectiva real de la póliza de un cliente es diferente de la fecha efectiva solicitada que se proporciona en la solicitud, el costo de la póliza puede diferir de las primas cotizadas en HealthSourceRI.com. Esto se debe, posiblemente, a los aumentos en las tarifas o a los cambios en la póliza de la compañía de seguros y a que uno o más miembros de la familia cumplen años en el ínterin (las tarifas se calculan según la edad). Es posible que la compañía de seguros médicos por la que optó el cliente no pueda garantizar que no habrá cambios en sus tarifas durante un determinado período hasta que se firme un contrato.

#### **J. Políticas de solicitud de HealthSource RI**

A lo largo del curso de la solicitud y la inscripción a través de HealthSource RI, los individuos reciben descripciones de las políticas de solicitud de HSRI y se les solicita consentimiento con respecto a lo siguiente:

- **Acuerdo de aceptación del usuario:** al aceptar este acuerdo de aceptación del usuario, los solicitantes aceptan los términos y las condiciones de la solicitud de cobertura, incluidos los términos de nuestra política de privacidad.
- **Intercambio de datos:** un formulario de consentimiento firmado por el solicitante por el que concede permiso para que HealthSource RI obtenga, use y comparta información confidencial sobre el solicitante con el único fin de determinar su elegibilidad.
- **Consentimiento para el uso de datos sobre ingresos:** para determinar la elegibilidad de los solicitantes para obtener ayuda en el pago de su cobertura de salud, HealthSource requiere el consentimiento de estos para acceder a sus datos sobre ingresos, incluida la información sobre las declaraciones impositivas.
- **Firma electrónica:** al firmar la solicitud electrónicamente, los solicitantes certifican y dan fe, bajo pena de perjurio, de que la información contenida en su solicitud es correcta, incluida la información sobre la ciudadanía y la condición de extranjero, así como completa a su mejor saber y entender.
- **Consentimiento para pruebas de identificación:** para proteger la privacidad de los solicitantes, estos también deberán completar correctamente la verificación de identidad antes de establecer una cuenta en línea con HealthSource RI.
- **Consentimiento para pago:** a los clientes que deseen pagar mediante cheque electrónico en un intervalo único o recurrente se les solicitará brindar su consentimiento para los términos y las condiciones necesarios para hacerlo.

Estas políticas pueden actualizarse periódicamente y están disponibles en [healthsourceri.com/application-policies/](https://healthsourceri.com/application-policies/) para consultarlas en cualquier momento.

#### **K. Trabajar con navegadores y consejeros de solicitudes certificados**

Pueden encontrarse navegadores y consejeros de solicitudes certificados en todo el estado para ayudar a los

individuos a considerar sus opciones de seguro de salud, completar una solicitud e inscribirse en el plan que mejor se adapte a sus necesidades. También están disponibles para ayudar a los clientes a completar apelaciones o quejas. Proporcionan ayuda en persona solo para individuos y familias.

1) Contacte a un navegador.

HealthSource RI cuenta con más de 100 navegadores certificados y capacitados disponibles para brindar ayuda en persona previa cita. Analice la lista completa (<https://healthyrhode.ri.gov/HIXWebI3/DisplayNavigatorSearch>) por ubicación, horario de atención y preferencia de idioma. Muchos de los navegadores tienen fluidez en idiomas diferentes del inglés, y también ofrecen ayuda a los clientes sordos o con dificultades auditivas. Pueden solicitarse servicios de interpretación a través del centro de atención para quien necesite ayuda en idiomas que no ofrezcan las agencias existentes del navegador.

2) Conozca a un consejero de solicitudes certificado.

El Programa de Consejeros de Solicitudes Certificadas es un programa voluntario para las empresas interesadas en proporcionar ayuda gratuita con las solicitudes de manera personal para los consumidores que deseen inscribirse en un seguro médico a través de HealthSource RI. Los consejeros de solicitudes certificadas (CAC) solo pueden proporcionar ayuda en persona. Los CAC deben mostrar su certificado en todas las oportunidades y mencionar su número de certificación en la solicitud de inscripción cuando trabajen con un cliente. Los clientes deben firmar un formulario de consentimiento escrito (disponible en inglés o español) y proporcionarles a todos los consumidores un manual, en el cual se brinde información sobre cómo realizar un seguimiento de la cita e informar cualquier inquietud. Los CAC, bajo ninguna circunstancia, pueden retener ninguna información personal ni información de cuenta, ni acceder a las cuentas de los clientes cuando estos no estén en persona con los consejeros. La relación permanece a criterio del cliente, no del CAC.

Los CAC se ofrecieron como voluntarios para recibir capacitación y certificación de HealthSource RI. Están ubicados en agencias de todo el estado. Consulte la lista completa de consejeros y agencias participantes aquí: (<http://www.rihca.org/about-rihca/outreach-and-enrollment.aspx>).

Para conocer las agencias interesadas en capacitar CAC, tenga en cuenta lo siguiente:

No existirá forma de pago alguna por parte de HealthSource RI ni de ninguna otra entidad para la agencia o el consejero de solicitudes certificado por este trabajo. Las agencias de consejeros de solicitudes certificadas deben comprometerse a entrenar un mínimo de dos individuos para ser consideradas agencias de consejeros de solicitudes certificadas.

Las agencias interesadas en convertirse en entidades de consejeros de solicitudes certificadas deben revisar la solicitud y las pautas disponibles en el siguiente enlace: <http://www.rihca.org/about-rihca/get-certified.aspx>.

3) Toda la ayuda se brinda únicamente en persona.

Una pequeña excepción a esta norma general es que los navegadores pueden brindar ayuda a los individuos que necesiten realizar seguimiento luego de la cita en persona en una verificación u otra tarea con el centro de atención de HSRI por teléfono. Tanto el navegador como el cliente deben estar al teléfono juntos para que

el centro de atención tenga permiso para ayudar al cliente. Esta opción no está disponible para los consejeros de solicitudes certificados.

Bajo ninguna circunstancia, los navegadores pueden llamar al centro de atención de HSRI para discutir asuntos relacionados con la cuenta de un consumidor en particular sin la presencia de este en persona o, en el caso de la excepción anterior, por teléfono.

Puede brindarse ayuda con la inscripción o las solicitudes en el domicilio si el consumidor lo solicita y proporciona su consentimiento.

4) Confirme que el navegador o el consejero sea certificado.

Todos los navegadores y consejeros deben mostrar su certificado cuando trabajen con un cliente. Los navegadores usan este número de certificación para obtener una cuenta de HealthSource RI, donde mantienen un “tablero de navegadores” con los nombres y los enlaces a las cuentas de todos los consumidores que aceptan por medio de un consentimiento escrito y de un consentimiento en línea que se enlazan sus cuentas individuales a los tableros de los navegadores. Los navegadores y los consejeros también deben solicitar a los individuos que firmen un formulario de consentimiento.

**Bajo ninguna circunstancia se les debe cobrar a los individuos que buscan la ayuda de un navegador o de un CAC. Estos servicios se proporcionan de manera gratuita para todos los individuos.**

Los navegadores tienen acceso a la cuenta del individuo durante el período que dure la sociedad acordada. El enlace de las cuentas individuales con los navegadores es una función orientada al cliente que permite al individuo finalizar el vínculo en cualquier momento, cambiar el enlace a un navegador diferente o cambiar la duración del vínculo en cualquier momento a través de su cuenta de HSRI en línea. Sin embargo, se les indica a los navegadores que accedan a la cuenta del individuo únicamente en presencia de este.