

**CONSUMIDOR**, si no se suscribió a un plan médico durante el periodo de suscripción garantizada, o perdió su cubierta, todavía podría ser elegible para suscribirse en un plan médico individual si reúne cualquiera de los siguientes requisitos:

1. Si usted o su dependiente perdieron elegibilidad para un plan médico y la pérdida no se debió a la falta de pago o fraude. Un ejemplo de pérdida de elegibilidad sería la reducción en las horas de empleo de modo que una persona no sea elegible al plan médico patronal o que un dependiente cumpla los 26 años de edad;
2. Si usted adquiere un dependiente por medio de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. El dependiente tendrá derecho a ingresar en su plan médico fuera del periodo de suscripción garantizada y si usted no está asegurado, puede adquirir un plan médico individual para su dependiente;
3. Si su falta de inscripción en un plan médico ocurrió de manera no intencional, inadvertida o errónea y como resultado de un error, tergiversación, falsa representación o falta de acción de algún oficial, empleado, representante o agente de la organización de seguros de salud o asegurador ;
4. Si la organización de seguros de salud o asegurador de su plan médico violó sustancialmente los términos del plan;
5. Si usted tiene un plan grupal y usted ejerce su derecho de conversión al mercado individual con el mismo asegurador u organización de seguros de salud que lo cubre en el plan médico anterior;
6. Si usted proviene de otro asegurador u organización de seguros de salud y cumple con los siguientes criterios:
  - Haber estado sin cubierta por sesenta y tres (63) días o menos;
  - Su último plan médico fue grupal;
  - Ha estado cubierto por un plan médico en los últimos dieciocho (18) meses. En ese lapso puede haber estado cubierto por planes del mercado individual o grupal;
  - La póliza anterior no ha sido cancelada por falta de pago o fraude de parte del asegurado;
  - Si usted era elegible a la cubierta de la Ley Federal “Consolidated Omnibus Budget Act de 1986” (COBRA por sus siglas en inglés), seleccionó la misma, y la agotó;
  - Si perdió elegibilidad al plan de Mi Salud.
7. Si una persona cumple con los requisitos de elegibilidad a un plan médico por primera vez o adviene elegible nuevamente a un plan médico;

8. Si se mudó a Puerto Rico; y
9. También será elegible para planes en cumplimiento con el Affordable Care Act cualquier individuo que se haya quedado sin cubierta grupal o del mercado individual debido a la quiebra, disolución o revocación de licencia del asegurador con el cual tenía su seguro, siempre y cuando presente su solicitud al nuevo asegurador dentro de sesenta y tres (63) días luego de declarada la quiebra, disolución o revocación de la licencia del asegurador;
10. Si su plan médico no estaba en cumplimiento con el Affordable Care Act (“non-calendar year” o “non-ACA compliant”) y el plan vence fuera del periodo de suscripción garantizada. Esta protección también es extensiva a aquellos casos en los cuales la organización de seguros de salud o asegurador no quiso renovar un plan médico según permitido por la extensión al periodo transitorio.

Además, con excepción de First Medical Health Plan, varios aseguradores de planes médicos continúan ofreciendo planes fuera del periodo de suscripción garantizada, los cuales están disponibles sin necesidad de cumplir con los requisitos antes enumerados. Para la lista de los planes médicos disponibles oprime [aquí](#).