

Guía rápida para manejar el seguro médico cuando se muda

Cuando se muda, ya sea a un nuevo código postal o estado, es importante revisar las opciones de su seguro médico para ver si necesita hacer cambios en su cobertura. Si tiene que cambiar de proveedores de atención médica, el primer paso es verificar si los planes nuevos que está considerando cubrirán esos proveedores. Esta guía rápida explica cómo hacer cambios si tiene un plan a través del Mercado de Seguros Médicos del estado, un empleador, Medicare o Medicaid.

Mercado de Seguros Médicos del estado

El periodo de inscripción abierta del Mercado de 2027 es del 1 de noviembre de 2026 al 15 de enero de 2027. Los estados que administran su propio Mercado podrían tener periodos de inscripción más largos. Puede modificar su cobertura durante este período. La fecha más temprana de inicio de la cobertura es el 1/1. Si se muda fuera del período de inscripción abierta, ciertas mudanzas lo califican para un período de inscripción especial (SEP) de 60 días:

- Mudarse a un nuevo código postal o condado.
- Mudarse a los EE. UU. desde otro país o territorio estadounidense.
- Estudiantes que se mudan hacia/desde el lugar de estudio.
- Trabajadores de temporada que se mudan hacia/desde donde viven y trabajan.
- Mudarse hacia/desde un refugio o vivienda de transición.



Para calificar para un SEP, debe demostrar que tuvo un seguro válido durante al menos un día en los 60 días antes de la mudanza (a menos que se mude desde un país extranjero o territorio estadounidense).

Mudanza dentro del mismo estado: Si se muda a otro domicilio dentro del mismo estado, es posible que pueda mantener su plan actual si la red del plan aún incluye la zona geográfica a la que se muda. Igual debe informar su mudanza al Mercado. (Nota: No puede actualizar su cuenta por correo).

- *En línea:* Inicie sesión en su cuenta de CuidadoDeSalud.gov → Elija la solicitud que desea actualizar → Haga clic en “Informar un cambio de vida” → Siga las indicaciones para ver sus nuevos resultados de elegibilidad. Debe completar todos los pasos para que los cambios tengan efecto.
- *Por teléfono:* 800-318-2596.
- *En persona:* Encuentre ayuda en persona en AyudaLocal.CuidadoDeSalud.gov.



Mudanza fuera del estado: Si se muda a otro estado, quizá no desee mantener su plan actual, porque la mayoría de los planes no cubren los proveedores de la red de otro estado. Deberá iniciar otra solicitud en el Mercado e inscribirse en un plan de su nuevo estado. Puede completar este proceso en línea:

- Inicie sesión en su cuenta de CuidadoDeSalud.gov → Elija su nuevo estado* → Haga clic en “Solicitar o renovar” para iniciar otra solicitud. Luego, verá los planes/precios a su disposición.
- Si su nuevo estado no está en la lista, quizás tenga su propio Mercado en lugar de CuidadoDeSalud.gov. Visite CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-in-your-state para presentar su solicitud en estos estados: CA, CO, CT, DC, ID, KY, ME, MD, MA, MN, NV, NJ, NM, NY, PA, RI, VT, VA, WA.

Para informar una mudanza: CuidadoDeSalud.gov/es/reporting-changes/when-you-move. Para más información sobre los Mercados, lea nuestra **Guía rápida sobre los Mercados de seguro médico del estado:** TriageCancer.org/Guiarapida-mercadosdeseguromedico

Empleador

Si se muda, pero mantiene su trabajo:

Es posible que pueda mantener su plan de seguro médico actual si la red del plan aún incluye el área geográfica a la que se muda. Comuníquese con su empleador o aseguradora para saber más sobre cómo la mudanza afectará su seguro.



Si se muda y deja su trabajo:

Como perderá el seguro médico que le ofrece su empleador cuando deje de trabajar, deberá (1) averiguar sus opciones de seguros médicos para el futuro y (2) asegurarse de que no haya una interrupción en su cobertura. Puede ser elegible para COBRA, Medicare o Medicaid, o puede cambiar a otro plan grupal (a través de un cónyuge o uno de los padres).

Si cambia a otro trabajo que ofrece seguro médico, quizás haya un período de espera de hasta 90 días antes de ser elegible, así que deberá considerar sus opciones para cubrir esa brecha.

Para más información, lea nuestra Guía rápida sobre las opciones cuando se queda sin el seguro médico patrocinado por su empleador: [TriageCancer.org/Guiarapida-perderelseguromedico](https://www.triagecancer.org/Guiarapida-perderelseguromedico) o vea Explicado por Triage Cancer: Opciones cuando pierde su seguro médico vinculado al trabajo: [TriageCancer.org/Video-perderelseguromedico](https://www.triagecancer.org/Video-perderelseguromedico).

Medicare

Si tiene Medicare y recién se mudó o piensa mudarse, debe actualizar su domicilio llamando a la Administración del Seguro Social (SSA) al 800-772-1213.



Puede cambiar su cobertura de Medicare durante el período de inscripción abierta, del 15/10 al 7/12 de cada año. Pero, si se muda fuera del período de inscripción abierta, ciertas mudanzas lo califican para un período de inscripción especial (SEP) para modificar su cobertura de Medicare:

- Si informa a Medicare antes de mudarse, su SEP comienza el mes anterior al mes en que se muda y continúa durante dos meses completos tras la mudanza.
- Si informa a Medicare después de mudarse, su SEP comienza el mes en que informa a su plan y continúa durante dos meses completos más.
- Si ingresa a un centro de enfermería, hospital de atención a largo plazo o centro similar (o lo deja), su SEP dura mientras esté allí y durante dos meses completos tras la mudanza.

Los próximos pasos para actualizar su plan de Medicare dependerán del lugar al que se mude y del tipo de cobertura de Medicare que tenga:

Planes Medicare Original (Parte A + Parte B) y Medigap

Puede mantener Medicare Original sin importar el lugar de EE. UU. donde viva, ya que Medicare cubre todos los proveedores del país que tengan contrato con Medicare. Mientras siga teniendo Medicare Original, usualmente también puede conservar Medigap. Excepto si se muda a Massachusetts, Wisconsin o Minnesota o desde allí porque tienen opciones exclusivas de Medigap. Comuníquese con el departamento de seguros de su nuevo estado.

Planes Medicare Advantage (Parte C) y de medicamentos con receta (Parte D)

Si se muda a otro domicilio que está en el área de servicio de su plan:

- *Opción 1:* Mantiene su plan actual de la Parte C o Parte D durante su SEP.
- *Opción 2:* Si en el otro domicilio se ofrecen nuevas opciones, puede inscribirse en un nuevo plan de la Parte C o de la Parte D durante su SEP.
- *Opción 3:* Vuelve a Medicare Original. Pero deberá inscribirse en un nuevo plan de la Parte D durante su SEP si desea mantener la cobertura para medicamentos con receta.

Si se muda fuera del área de servicio de su plan:

- *Opción 1:* Cambia a un nuevo plan de la Parte C o Parte D durante su SEP.
- *Opción 2:* Vuelve a Medicare Original. Si se muda fuera del área de servicio de su plan de la Parte C y no se inscribe en otro plan de la Parte C durante su SEP, se inscribirá automáticamente en Medicare Original por defecto. Si desea conservar la cobertura para medicamentos con receta, deberá inscribirse en un nuevo plan de la Parte D durante su SEP.

Para más información, visite es.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/get-more-coverage/joining-a-plan/special-enrollment-periods.

Medicaid

Medicaid es un programa federal, pero cada estado maneja su propio programa de Medicaid y puede tener normas diferentes. Esto significa que no puede transferir su cobertura de Medicaid de un estado a otro, y no puede tener cobertura de Medicaid en dos estados al mismo tiempo. Pero si planifica con antelación, puede obtener Medicaid en otro estado a tiempo para evitar una brecha en su cobertura. Es importante hablar con su equipo de atención médica para informarles que está pensando en mudarse, ya que pueden ayudarle a transferir su atención médica y su cobertura de Medicaid.

Investigue las normas de Medicaid de su nuevo estado

En todos los estados, califica para Medicaid si reúne los requisitos de ingresos y recursos (activos) y cumple con otra categoría de elegibilidad, como tener una discapacidad. Pero los detalles varían según el estado. Por eso, es importante conocer las normas de elegibilidad de su nuevo estado, porque pueden diferir de donde vive ahora. Comuníquese con la agencia de Medicaid de su nuevo estado (TriageCancer.org/StateResources).

Algunos estados ofrecen “Medicaid ampliado”, que puede facilitar el acceso a Medicaid, ya que está disponible para adultos menores de 65 años, con ingresos familiares de hasta el 138 % del nivel de pobreza federal (FPL). Averigüe si su estado ofrece Medicaid ampliado en TriageCancer.org/Medicaid-Expansion. Minnesota y Nueva York también dan acceso a Medicaid a personas con ingresos familiares del 138-200 % del FPL a través del Programa de Salud Básico. Para Medicaid ampliado, no hay requisitos de activos y no tiene que cumplir con otra categoría de elegibilidad.

También debe comparar los beneficios de Medicaid de su nuevo estado con sus beneficios actuales. Por ejemplo, su nuevo estado puede ofrecer más o menos beneficios opcionales, como cobertura dental.

Tamaño del hogar	138% FPL en 2026 (AK y HI tienen niveles de ingresos más altos)
1	\$22,025
2	\$29,863
3	\$37,702
4	\$45,540
5	\$53,378
6	\$61,217

Considere el momento de la mudanza

Para evitar una interrupción de la cobertura, también debe considerar el momento de la mudanza. Como la mayoría de los estados finalizan la cobertura de Medicaid existente a final de mes, la mejor forma de evitar una interrupción es mudarse cerca de final de mes, cancelar su cobertura en su estado original y solicitar cobertura de inmediato en su nuevo estado. En promedio, un estado tarda de 7 a 90 días en procesar las solicitudes de Medicaid.

Si no puede evitar una brecha en la cobertura, aún puede beneficiarse de Medicaid. Una vez aprobada la cobertura, puede solicitar la cobertura retroactiva de Medicaid para pagar ciertos gastos de atención médica acumulados hasta tres meses antes de la fecha de solicitud. Para calificar, debe haber sido elegible para Medicaid durante esos tres meses, y su estado puede exigir requisitos adicionales para la elegibilidad retroactiva. A partir del 1/1/27, la cobertura retroactiva de Medicaid se limitará a uno o dos meses anteriores a la fecha de su solicitud, según el estado. Nota: Algunos estados han eliminado la cobertura retroactiva (p. ej., Arkansas, Arizona, Florida, Iowa, Indiana, Kentucky, New Hampshire) - [TriageCancer.org/StateLaws](https://www.TriageCancer.org/StateLaws).

Solicite Medicaid en su nuevo estado

Una vez listo para solicitar Medicaid, tiene dos opciones:

- Solicitud directa a través de la agencia estatal de Medicaid.
- Solicitud a través del Mercado. Si alguien del grupo familiar es elegible para Medicaid, sus datos se enviarán automáticamente a la agencia estatal de Medicaid. Esta es la mejor opción si tiene dudas sobre su elegibilidad o quiere saber más sobre las opciones de seguros según los ingresos para las que puede calificar.

Ejemplo de mudanza con Medicaid:

- Supongamos que se muda de California a Texas y quiere saber si califica para Medicaid en Texas. Tiene 45 años y gana \$16,200 al año. Tiene \$1,700 ahorrados. Califica para Medicaid ampliado en California porque sus ingresos son inferiores al 138% del FPL (o \$22,025). Ahora debe averiguar si califica para Medicaid en Texas, que no tiene Medicaid ampliado. Pero tiene una discapacidad, así que podría obtener Medicaid. Sus activos son inferiores al límite de \$2,000. Lamentablemente, en Texas, los límites de ingresos para ese programa son de \$11,316 al año. Por lo tanto, gana demasiado para calificar para Medicaid en Texas. Puede ver sus opciones de seguros médicos en el Mercado de Seguros Médicos del estado en [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov).
- Si, en cambio, se mudara de Texas a California, sería elegible para Medicaid ampliado en California. En ese caso, debe cancelar su cobertura de Medicaid en Texas a fin de mes y presentarla de inmediato en California tras la mudanza. Recuerde que puede solicitar Medicaid retroactivo para la atención que recibe hasta tres meses antes de que Medicaid entre en vigencia y así no tendrá que interrumpir el tratamiento por una brecha temporal en la cobertura de Medicaid.

Consideraciones al elegir un plan de seguro médico

Si necesita comparar nuevas opciones de seguros médicos, hay algunos aspectos clave que debe considerar:

- ¿Cuál será el costo exacto del plan?
- ¿Mis proveedores y centros de atención médica están incluidos en la red del plan?
- ¿El plan cubre mis medicamentos con receta y las farmacias que uso?

Al comparar planes, puede ser tentador elegir directamente el que tenga la prima mensual más baja. Sin embargo, para calcular el costo total del año, incluidos los gastos de bolsillo, tiene que hacer algunas cuentas:

$$(\text{Prima mensual del plan} \times 12 \text{ meses}) + \text{Máximo de bolsillo del plan} = \text{Costo total anual}$$

Para más información sobre seguros médicos, visite [TriageCancer.org/espanol#seguromedico](https://www.TriageCancer.org/espanol#seguromedico). Para obtener ayuda con los cálculos y elegir el plan adecuado para usted, descargue nuestra gratuita Hoja de trabajo de comparación de seguros médicos: [TriageCancer.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos](https://www.TriageCancer.org/HojaDeTrabajo-SegurosMedicos)