



Guía para llenar la solicitud de OmniSalud paso a paso

Utilice esta guía para inscribirse en cobertura médica a través del programa OmniSalud

¿Qué es OmniSalud?

OmniSalud es un programa que ofrece la oportunidad de obtener seguro médico a las personas indocumentadas que viven en Colorado. Este programa ofrece cobertura médica a costo regular y un número limitado de 11,000 cupos que permite adquirir cobertura a bajo costo.

Es importante señalar que la inscripción en este programa no es considerada una carga pública. En otras palabras, la posibilidad de regular su condición migratoria en los Estados Unidos no se verá afectada por participar en este programa.

¿Qué es Colorado Connect?

Colorado Connect es la plataforma en línea donde las personas indocumentadas que viven en Colorado pueden inscribirse en el programa **OmniSalud**.

PROCESO DE INSCRIPCIÓN PARA EL 2025

Del 1 al 22 de noviembre: Período de reinscripción para las personas actualmente inscritas en un plan de OmniSalud a bajo costo. Todas las personas inscritas en un plan de OmniSalud a bajo costo tendrán la oportunidad de reinscribirse, pero deben completar el proceso de inscripción en su totalidad si desean seguir en el programa el próximo año. Para reinscribirse, ingrese a su cuenta, complete una nueva solicitud y elija un plan de salud. Tenga en cuenta que debe cumplir con los requisitos de ingresos para volver a inscribirse en un plan a bajo costo.

Del 25 de noviembre (a partir de las 8 a.m.) al 15 de enero:

Período de inscripción para OmniSalud a bajo costo abierto al público en general, hasta que se agoten los cupos disponibles

Una vez que los cupos a bajo costo se hayan agotado, la opción a costo regular continuará disponible hasta el 15 de enero.

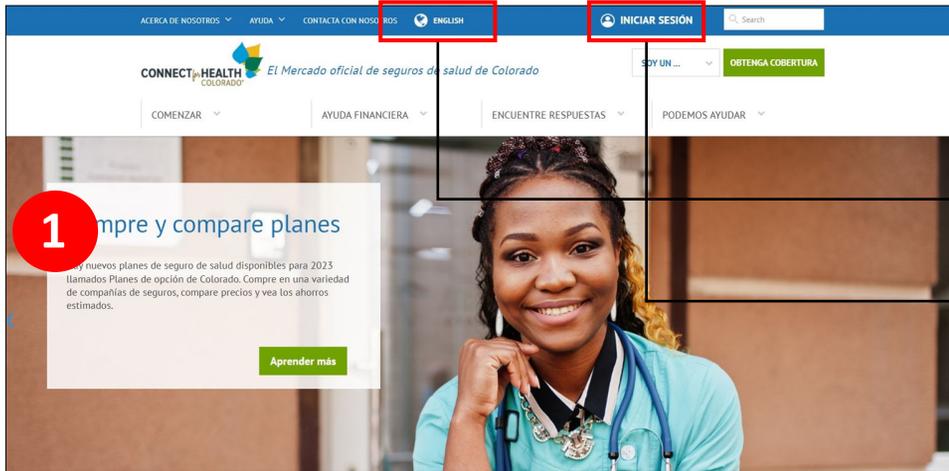
NUEVAS OPCIONES DE COBERTURA PARA EL 2025

Connect for Health Colorado y DACA

A partir del 1 de noviembre de 2024, las personas beneficiarias del programa DACA podrán acceder a los planes de salud y beneficios disponibles a través de Connect for Health Colorado. Durante el período anual de inscripción (1 de noviembre—15 de enero), los beneficiarios de DACA inscritos en un plan de OmniSalud deben completar su inscripción para el 2025 a través de Connect for Health Colorado.

Medicaid para personas indocumentadas que viven en Colorado

A partir del 1 de enero de 2025, las personas embarazadas indocumentadas y los niños indocumentados (de 0 a 18 años) que viven en Colorado, incluidos los beneficiarios del programa DACA, podrán solicitar y recibir todos los servicios y beneficios disponibles a través de los programas Health First Colorado (Medicaid) y CHP+. Las personas en DACA que tengan 18 años o más no califican para Medicaid y deben inscribirse en cobertura médica a través de Connect for Health Colorado.



Vaya al sitio web de Connect for Health:

www.ConnectforhealthCO.com

Cambie el idioma a **español**

Haga clic en **“Iniciar sesión”**



Si ya tiene una cuenta:

Ingrese a su cuenta usando su nombre de usuario (correo electrónico) y contraseña

Si olvidó su contraseña, haga clic en este enlace. Siga las instrucciones y Colorado Connect le enviará un correo electrónico con un enlace para restablecer su contraseña.

Nota: Si necesita ayuda para restablecer su contraseña, llame a **Colorado Connect** al: 855-675-2626



Si NO tiene una cuenta:

Haga clic en **“Crear una cuenta nueva”**

Nota: Si recibe un error en rojo que le indica “**bad request**” es porque su correo electrónico ya ha sido usado en otro sistema, como PEAK o Connect for Health Colorado, y se recomienda usar un correo electrónico diferente e intentar de nuevo.

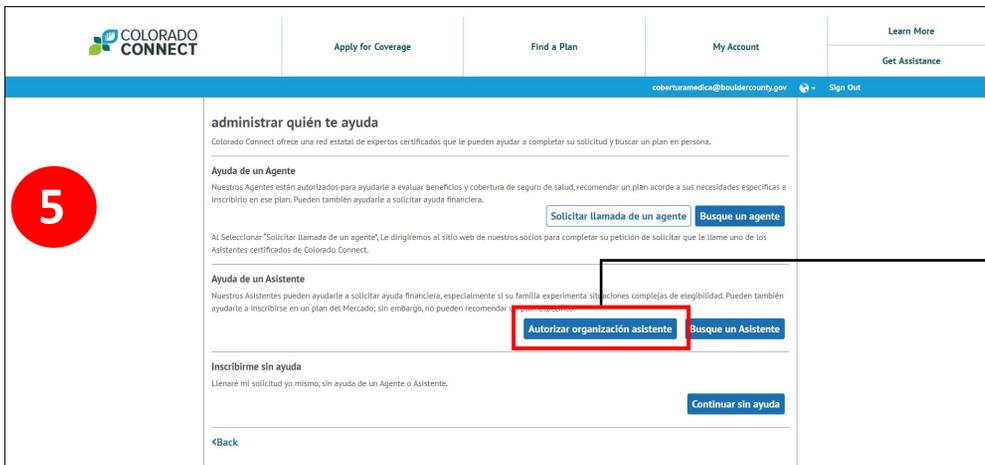
Si usted vive en los Estados Unidos con un estatus migratorio autorizado, ¡deténgase aquí!

- * Esta guía es solo para personas indocumentadas que viven en Colorado.
- * Si tiene un estatus migratorio autorizado y desea cobertura médica a bajo costo, usted debe seleccionar la casilla que dice “Deseo compartir mi Información con **Connect for Health Colorado** ...” y continuar el proceso de inscripción a través de Connect for Health Colorado.

Una vez que haya creado una cuenta, usted ya puede ingresar a Colorado Connect usando su nombre de usuario (correo electrónico) y contraseña.

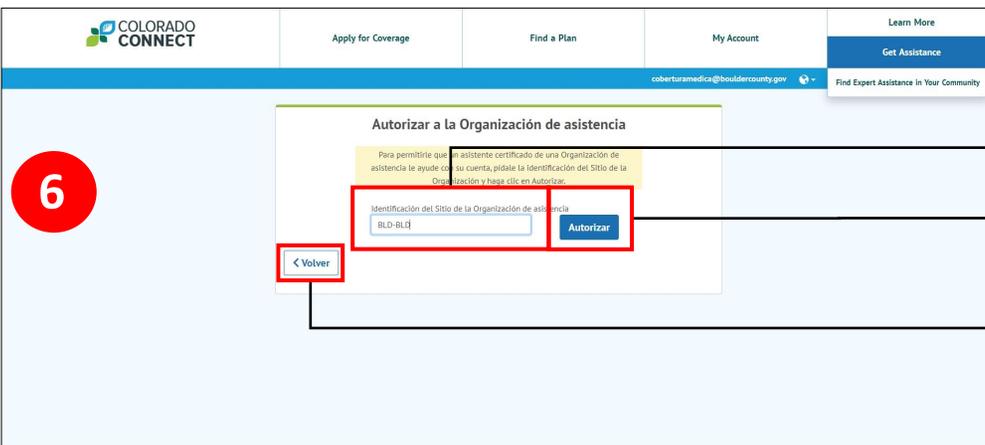


Haga clic en “Solicitud para 2025”



Haga clic en “Autorizar organización asistente”

Nota: Si ya aparece una organización, haga clic en "Continuar con mi solicitud" y continúe al paso 9 de esta guía.



Escriba las letras **BLD-BLD**

Haga clic en “Autorizar”

Haga clic aquí si necesita volver a la página anterior.

7

administrar quién te ayuda

Colorado Connect ofrece una red estatal de expertos certificados que le pueden ayudar a completar su solicitud y buscar un plan en persona.

Ayuda de un Agente

Nuestros Agentes están autorizados para ayudarlo a evaluar beneficios y cobertura de seguro de salud, recomendar un plan acorde a sus necesidades específicas e inscribirlo en ese plan. Pueden también ayudarlo a solicitar ayuda financiera.

Solicitar llamada de un agente | Buscar un agente

Al Seleccionar "Solicitar llamada de un agente", Le dirigiremos al sitio web de nuestros socios para completar su petición de solicitar que le llame uno de los Asistentes certificados de Colorado Connect.

Organization Name	Site ID	ZIP Code	Phone Number	Type	Status	Action
Boulder County Enrollment Center	BLD-BLD	80304	303-441-4530	Asister	Approved	Retirar

<Back

Una vez que vea Boulder County Enrollment Center, haga clic en **"Volver"**.

8

¡Bienvenido/a de nuevo, Cobertura!

Solicite un seguro de salud

Puede inscribirse en seguro de salud si experimenta ciertos cambios en su vida, como la pérdida de cobertura, el nacimiento de un bebé, el matrimonio, y varios otros cambios.

Solicitud para 2023

Sus planes actuales

Información de planes para 2023

Aún no se ha inscrito en un plan.

Otros recursos

Mi perfil

Ver y actualizar la información de su cuenta

Resultados de la solicitud

Ver los beneficios a los que califica

Esta página se actualizará a 2024 el 1 de noviembre

Ahora está de regreso en la página principal. Haga clic en **"Solicitud para 2025"** nuevamente.

9

administrar quién te ayuda

Colorado Connect ofrece una red estatal de expertos certificados que le pueden ayudar a completar su solicitud y buscar un plan en persona.

Ayuda de un Agente

Nuestros Agentes están autorizados para ayudarlo a evaluar beneficios y cobertura de seguro de salud, recomendar un plan acorde a sus necesidades específicas e inscribirlo en ese plan. Pueden también ayudarlo a solicitar ayuda financiera.

Solicitar llamada de un agente | Buscar un agente

Al Seleccionar "Solicitar llamada de un agente", Le dirigiremos al sitio web de nuestros socios para completar su petición de solicitar que le llame uno de los Asistentes certificados de Colorado Connect.

Organization Name	Site ID	ZIP Code	Phone Number	Type	Status	Action
Boulder County Enrollment Center	BLD-BLD	80304	303-441-4530	Asister	Approved	Retirar

Continuar con mi solicitud

<Back

Haga clic en **"Continuar con mi solicitud"**.

Si usted ya ha completado esta solicitud, pase al paso 18 de esta guía.

10

Información adicional sobre usted

Ingrese su domicilio particular

Domicilio 1
123 Bella St

Domicilio 2

Ciudad
Longmont

Estado
CO

Código postal
80501

Condado
BOULDER

¿Su domicilio postal es el mismo que el domicilio residencial que se especifica arriba?
 Sí No

¿Vive usted en Colorado?
 Sí No

[← Volver](#) [Guardar y Continuar](#)

Ingrese su dirección

Si su dirección postal y la dirección de su casa es la misma, **haga clic en "Sí"**.

Si su dirección postal y la de su casa **NO** es la misma, **haga clic en "No"** y aparecerá una ventana para que escriba su dirección postal.

Si usted vive en Colorado, haga clic en **"Sí"**.

11

Información sobre usted

Nombre
Cobertura

Segundo nombre o inicial (opcional)

Apellido(s)
Medica

Título o tratamiento opcional
Seleccione

Fecha de nacimiento
07/12/1975

Sexo
 Femenino Masculino

¿Esta solicitando seguro de salud?
 Sí No

[← Volver](#) [Guardar y Continuar](#)

Su nombre debe ser escrito exactamente como se ve en su identificación.

Si tiene más de un apellido, aquí sí puede añadir espacios entre sus apellidos.

Seleccione su género.

Responda haciendo clic en **"sí"** o **"no"** si usted **necesita** seguro de salud.

12

Origen étnico y raza: Cobertura Medica

Origen étnico

Hispano o latino

No hispano ni latino

Prefiero no responder

Raza (seleccione todas las que correspondan)

Indígena americano o nativo de Alaska

Asiático

Raza negra o afroamericano

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

Raza blanca o caucásico

No está en la lista

Prefiero no responder

[← Volver](#) [Guardar y Continuar](#)

Indique su étnicidad y raza.

13

Ingresos: Cobertura Medica
Ingresos por empleo

¿Tiene usted uno o más empleos?
 SI No

< Volver Guardar y continuar

Seleccione “**SI**” o “**No**” si esta persona está empleada.

- Si no tiene ingresos por empleo, seleccione “**No**” y continúe.

Nota: Esta página acerca de ingresos por empleo aparecerá por cada miembro del hogar que añada a esta solicitud.

14

Ingresos: Cobertura Medica
Ingresos por empleo

¿Tiene usted uno o más empleos?
 SI No

¿Cuál es su ingreso total? Incluya comisiones o propinas ganadas.
 \$850.00 Cada dos semanas

¿Estos ingresos son por trabajo independiente o forman parte de un empleo temporal, por comisión o por propinas?
 SI No

¿Sus ingresos cambian durante el año o de un año a otro?
 SI No

< Volver Guardar y continuar

Si selecciona “**SI**”, se abrirá esta pantalla para que ingrese su información de ingresos por empleo.

15

Ingresos: Cobertura Medica
Otras fuentes de ingreso

¿Recibió alguno de los ingresos siguientes?
 Seleccione todo lo que corresponda y registre la cantidad de ingreso que recibe.

- Pensión alimenticia recibida
- Ganancias de capital
- Ingresos por renta de propiedades
- Pensión
- Ingresos privados por retiro
- Ingresos por el Seguro Social
- Beneficio del seguro de desempleo
- Ingresos derivados de inversiones
- Apoyo en efectivo
- Ingresos extranjeros no gravados
- Ingresos por regalías
- Ingresos gravables de origen tribal

Ninguna de las anteriores

< Volver Guardar y continuar

Si recibe otro tipo de ingresos, seleccione el tipo de ingreso que recibe (seleccione todos los que se apliquen a su situación).

Si no recibe otro tipo de ingreso, seleccione “**Ninguno**”.

16

Ingresos: Cobertura Medica
Deducciones

¿Tiene alguno de los siguientes gastos?
Seleccione todos los que correspondan, e Ingrese la cantidad de cada gasto.

- Pensión alimenticia o apoyo conyugal que paga
- Actividades de producción para el mercado interno
- Aporte a cuenta de ahorros de salud
- Aporte a la cuenta de retiro antes de impuestos
- Colegiatura y cuotas escolares
- Impuesto al trabajo independiente
- Interés por préstamo de estudiante
- Seguro de salud de trabajador independiente
- Plan de retiro como trabajador independiente
- Gastos de mudanza
- Ninguna de las anteriores

[← Volver](#) [Guardar y continuar](#)

Si tiene algún tipo de deducciones, seleccione todas las que correspondan a su situación.

Si no tiene deducciones, seleccione “ninguno”

17

Ingresos: Cobertura Medica
Resumen

Ingresos

Ingresos laborales \$22,100.00

Deducciones

No se declaran deducciones

Ingreso anual total: \$22,100.00

Conforme a la información que ha proporcionado, hemos calculado su ingreso anual como se menciona anteriormente. ¿Espera que sus ingresos sean diferentes a la cantidad que calculamos anteriormente para 2023?

Sí No

[← Volver](#) [Guardar y continuar](#)

Esta página le muestra un cálculo total de todos sus ingresos. Si este cálculo no es correcto, seleccione “no” para que pueda ingresar la cantidad que más se ajuste a su realidad económica.

Información importante acerca de los familiares que puede añadir a esta solicitud:

Asegúrese de agregar a cada uno de los miembros de su familia y completar todas las páginas de información de esta solicitud, incluso si alguno de ellos no necesita seguro médico.

Personas que debe incluir, siempre y cuando estos vivan en su hogar y en Colorado:

- Su esposa(o)
- Hijos menores de 19 años
- Hijos de 18 a 26 años que vivan con usted y no estén empleados
- Si tiene hijos de 18 a 26 años que vivan con usted y estén empleados, se recomienda que llenen su propia solicitud

18

Resumen de la familia: Esta es la información que nos ha dado hasta el momento

Hogar - Identificación de la cuenta 1001018952	Nombre	¿Solicita seguro de salud?	Información familiar básica	Información financiera anual	Editar/Actualizar
Cobertura Medica		Sí	✓	\$22,100.00	
Ingreso familiar anual total				\$22,100.00	

✓ - Completo 1 - Incompleto

[← Agregar a otro miembro de la familia](#) [Continuar](#)

Continúe cuando haya terminado de agregar a todos los miembros de su familia.

Resumen de la familia: Esta es la información que nos ha dado hasta el momento

Hogar: Identificación de la cuenta 1201018952

Parece que necesitamos un poco más de información. Haga clic en el enlace "Editar/Actualizar" para completar:

Nombre	¿Solicita seguro de salud?	Información familiar básica	Información financiera anual	
Cobertura Medica	No	1	1	Editar/Actualizar
Ingreso familiar anual total: \$0.00				

Completo
 Incompleto
 + Agregar a otro miembro de la familia

[← Administrar quién te ayuda](#)
[Continuar](#)

Información importante para clientes que han ingresado información previamente

Si en la lista de miembros de su familia algún miembro muestra un signo de exclamación rojo, haga clic en "editar" y revise cada pantalla de información, ya que pueden estar incompletas.

Información sobre otros miembros de su familia

Nombre:

Seguro:

Segundo nombre o inicial (opcional):

Apellidos:

Salud:

Título o tratamiento (opcional):

Selección:

Fecha de nacimiento:

Sexo: Femenino Masculino

Seguro Salud es Cobertura Medica?:

¿Está solicitando seguro de salud?: Sí No

[← Volver](#)
[Guardar y Continuar](#)

Recuerde: Cada miembro de la familia debe completar cada pantalla de información, incluso si no necesitan seguro médico.

Información adicional para Seguro Salud

Ingrese el domicilio particular de Seguro:

Domicilio 1:

Domicilio 2:

Ciudad:

Longitud:

Estado:

Código postal:

Ciudad:

¿Seguro para el Seguro?: Sí No

[← Volver](#)
[Guardar y Continuar](#)

Origen étnico y raza: Seguro Salud

Origen étnico

Hispano o latino
 No hispano ni latino
 Prefiero no responder

Raza (seleccione todas las que correspondan)

Indígena americano o nativo de Alaska
 Asiático
 Raza negra o afroamericana
 Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico
 Raza blanca o caucásico
 No está en la lista
 Prefiero no responder

[← Volver](#)
[Guardar y Continuar](#)

23

Resumen de la familia: Esta es la información que nos ha dado hasta el momento

Hogar - Identificación de la cuenta 2558005084

Nombre	¿Solicita seguro de salud?	Información familiar básica	Información financiera anual	
[Redacted]	SI	✓	\$0.00	Editar/Actualizar
[Redacted] -Eliminar a esta persona	SI	✓	\$6,000.00	Editar/Actualizar
[Redacted] -Eliminar a esta persona	No	✓	\$0.00	Editar/Actualizar
[Redacted] -Eliminar a esta persona	No	✓	\$0.00	Editar/Actualizar
Ingreso familiar anual total			\$6,000.00	

Completo Incompleto + Agregar a otro miembro de la familia

[< Administrar quién te ayuda](#) **Continuar**

Una vez que se hayan agregado todos los miembros de la familia, confirme si ha indicado correctamente cuáles miembros necesitan cobertura médica.

Haga clic en **“continuar”** para pasar a la página donde debe ingresar su firma

24

Declaraciones y firma

Connect for Health Colorado protegerá la privacidad de la información que usted proporcione, como lo exige la ley. No obstante, usted también puede decidir compartir su información con nuestro socio, Connect for Health Colorado. La información compartida con Connect for Health Colorado está sujeta a la política de privacidad de Connect for Health Colorado: <https://connectforhealthco.com/es/politica-de-privacidad/>.

Se le pedirá proporcionar solamente la información mínima necesaria para determinar su elegibilidad para las opciones de plan de salud y asistencia pertinentes, según corresponda. Como parte del proceso, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado y luego proporcionaremos la información a la compañía de seguros de salud que elija para que puedan inscribir a las personas elegibles en un plan de salud calificado o en un programa individual de accesibilidad al seguro subsidiado por el estado.

Tiene derecho a ver cierta información que tenemos sobre usted. También puede tener derecho a solicitar que esa información se corrija si tenemos algún dato incorrecto en el archivo.

Registro electoral
¿Necesita registrarse para votar con su domicilio actual? Haga clic aquí si desea más información sobre cómo registrarse. Registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda para la que sea elegible.

1. Más información
Colorado Connect no discrimina por motivos de raza, color, origen étnico o nacional, ascendencia, edad, sexo, género, identidad y expresión de género, orientación sexual, estado civil, religión, credo, creencias políticas o discapacidad en ninguno de sus programas, servicios y actividades. Cuando así se requiera, Colorado Connect puede brindar apoyos y servicios a personas con discapacidades, así como servicios de idioma a personas cuya lengua materna no sea el inglés, para lograr igualdad de oportunidades y acceso constructivo a programas, servicios y actividades. Algunos ejemplos de esos apoyos y servicios son, entre otros: intérpretes competentes de lengua de señas, información en otros formatos (incluida la impresión en letra grande), intérpretes de idiomas extranjeros y traducción de información a otros idiomas. Los apoyos y servicios pueden brindarse de manera oportuna y sin costo. Para solicitar ayuda o servicios gratuitos, comuníquese a Colorado llamando al 855-675-2626. Para presentar una denuncia de discriminación o para conocer mejor esta política, llame al 303-590-9640, envíe un fax al 303-322-4217 o escribanos por correo postal.

Firmo esta solicitud bajo pena de falso testimonio, lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas conforme a mi leal saber y entender. Sé que puedo verme sujeto a sanciones según las leyes federales si intencionalmente proporciono información falsa o engañosa.

Estoy consciente de que debo informar al programa en que estaré inscrito cualquier cambio relacionado con los datos de esta solicitud. Comprendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad y la elegibilidad de los integrantes de mi familia para planes de seguro de salud y ayuda financiera.

Firma Electrónica
Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma escrita. Entiendo también que estoy firmando esta solicitud a nombre de todos los miembros de mi familia relacionados.

Firma electrónica:
Nombre completo: [Redacted]

Fecha de envío: 09/12/2023

[< Volver](#) **Continuar**

Escriba su nombre exactamente como aparece arriba de la casilla.

Nota: Si no lo acepta, asegúrese de no tener espacios extras

Usted y/o su familia califica para lo siguiente

Ahorros SilverEnhanced
Planes de seguro de salud a través de Colorado Connect

Ahorros SilverEnhanced
Planes de seguro de salud a través de Colorado Connect

Ahorros SilverEnhanced
Planes de seguro de salud a través de Colorado Connect

Ahorros SilverEnhanced
Planes de seguro de salud a través de Colorado Connect

Resumen

Planes de seguro de salud a través de Colorado Connect

Planes con primas mensuales que ofrecen protecciones y beneficios esenciales de salud

Ahorros SilverEnhanced

Ayuda financiera que reduce a \$0 la prima mensual de los planes Plata y paga la mayor parte de los costos cuando recibe atención médica

Si algún miembro de su familia no es indocumentado, puede calificar para la cobertura a través de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado), Child Health Plan Plus (CHIP+) o nuestro socio Connect for Health Colorado. [Más información...](#)

Continuar

Una vez que envíe el formulario, el sistema le mostrará los beneficios para los que usted o su familia califica.

Continúe.

¡Ya casi es el momento de adquirir un plan de seguro de salud!

Pero primero tenemos que hacerle unas preguntas acerca del consumo de tabaco.

¿Algún miembro de su familia ha consumido productos de tabaco con regularidad en los últimos seis meses (cuatro o más veces por semana en promedio)?

consume productos de tabaco?

consume productos de tabaco?

A continuación, debe configurar sus grupos de compra.

¿Aún no está listo para escoger? Ahora es un buen momento para guardar su progreso.

< Volver

Guardar y completar después **Continuar**

Responda a la pregunta si consume productos que contengan tabaco. Seleccione “**SÍ**” o “**No**” y continúe

Agrupar a los miembros de su familia puede ahorrarle dinero

Puede ser más barato separar a su familia en grupos e inscribirlos en diferentes planes. Le sugerimos los grupos a continuación, pero puede hacerlo como mejor funcione para usted.

Número de Grupo médico # 1

██████████

██████████

██████████

██████████

RECUERDE: LOS COSTOS DEPENDE DE UN DISEÑO CUANTAS PERSONAS SE INSCRIBEN Y ENFERMEDADES PREVIAS DE CADA GRUPO.

[Editar mis grupos de inscripción](#)

< Volver

Guardar y completar después **Continuar**

Esta página le sugiere cómo agrupar a los miembros de su familia. Usted puede agruparlos como mejor le convenga o dejarlos de la manera sugerida.

Continúe

Acotar sus resultados 16 de 16 Planes médicos Ordenar por Prima mensual- Baja a alta

Seleccione al menos 2 o 3 planes para comparar.
Comparar los Planes 0

Prima mensual:

Deducible individual:

Deducible familiar:

Compañía de seguros:

Nivel de metal:

Cuentas de ahorros de salud:

Restablecer los filtros

Anthem

Anthem Colorado Option Silver Enhanced 94% Pathway Essentials Std

Deducible Individual:	\$100	Primary Care Copay:	\$0
Deducible Familiar:	\$200	Specialist Copay:	\$40
Individual Out-of-Pocket Max:	\$1,000	Urgent Care Copay:	\$40
Family Out-of-Pocket Max:	\$2,000		

Cost-Sharing Reduction
 Silver Enhanced 5/5
 Vision
 Dental
 Rx

Prima mensual: \$2,275.48 Lo que usted paga \$0.00 /mes

[Detalles Del Plan](#)
[Comparar](#)
[Seleccione este Plan](#)

Cigna

Cigna Connect Colorado Option Silver Enhanced Off Exchange

Deducible Individual:	\$100	Primary Care Copay:	\$0
Deducible Familiar:	\$200	Specialist Copay:	\$40
Individual Out-of-Pocket Max:	\$1,000	Urgent Care Copay:	\$40
Family Out-of-Pocket Max:	\$2,000		

Cost-Sharing Reduction
 Silver Enhanced 4/5
 Vision
 Rx

Prima mensual: \$1,166.42 Lo que usted paga \$0.00 /mes

[Detalles Del Plan](#)
[Comparar](#)
[Seleccione este Plan](#)

KAISER PERMANENTE

KP Select Colorado Option Silver Enhanced 94% AV

Deducible Individual:	\$100	Primary Care Copay:	\$0
Deducible Familiar:	\$200	Specialist Copay:	\$40
Individual Out-of-Pocket Max:	\$1,000	Urgent Care Copay:	\$40
Family Out-of-Pocket Max:	\$2,000		

Cost-Sharing Reduction
 Silver Enhanced 4/5
 Vision
 Dental
 Rx

Prima mensual: \$1,038.82 Lo que usted paga \$0.00 /mes

[Detalles Del Plan](#)
[Comparar](#)
[Seleccione este Plan](#)

ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS
A UnitedHealthcare Company

RMHP Colorado Doctors Plan Colorado Option Silver Enhanced 94%

Deducible Individual:	\$100	Primary Care Coinsurance:	\$0
Deducible Familiar:	\$200	Specialist Copay:	\$40
Individual Out-of-Pocket Max:	\$1,000	Urgent Care Copay:	\$40
Family Out-of-Pocket Max:	\$2,000		

Cost-Sharing Reduction
 Silver Enhanced 4/5
 Vision
 Dental
 Rx

28

Dependiendo de la zona donde vive, el sistema le mostrará las compañías y planes de salud disponibles en esa área. Antes de seleccionar un plan, le recomendamos que se comunique con sus proveedores médicos de preferencia y pregunte si son parte de la red de proveedores del plan de su interés.

28a



Cigna Connect Colorado Option Silver Enhanced Off Exchange

Deductible Individual	\$100	Primary Care Copay	\$0
Deductible familiar	\$200	Specialist Copay	\$40
Individual Out-of-Pocket Max	\$1,000	Urgent Care Copay	\$40
Family Out-of-Pocket Max	\$2,000		

Cost-Sharing Reduction, Silver Enhanced, 4/5, Visión, Rx

Prima mensual: \$1,166.41 Lo que usted paga \$0.00 /mes

Detalles Del Plan Comparar **Seleccione este Plan**

Una vez se haya decidido por un plan, haga clic en “Seleccione este plan” y continúe.

28b



RMHP Colorado Doctors Plan Colorado Option Silver Enhanced 94%

Deductible Individual	\$100	Primary Care Coinsurance	\$0
Deductible familiar	\$200	Specialist Copay	\$40
Individual Out-of-Pocket Max	\$1,000	Urgent Care Copay	\$40
Family Out-of-Pocket Max	\$2,000		

Cost-Sharing Reduction, Silver Enhanced, 4/5, Visión, Dental, Rx

Prima mensual: \$1,280.12 Lo que usted paga \$0.00 /mes

Detalles Del Plan Comparar **Quitar Plan**

Así se verá este botón una vez que haya seleccionado un plan.

Si es necesario, haga clic en “Quitar plan” si desea elegir uno diferente.

Para continuar, vaya hasta el final de la lista de planes y haga clic en “Continuar”

< 1 2 >

< Volver Guardar y completar después Omitir **Continuar**

*Los Centros de Servicio de Medicare y Medicaid (CMS) calculan las calificaciones de la calidad del plan y los resultados de la encuesta del asegurado con base en los datos que proporcionaron los planes de salud en 2022. Se muestran las calificaciones de los planes de salud referentes al año del plan 2023. Puede obtener más información acerca de estas calificaciones en: <https://www.cms.gov/medicare/health-plans/quality>. Para más información sobre las calificaciones de calidad de los planes de salud, visite [CuidadoDeSalud.gov/es/](https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/)

29 Aquí están sus planes y lo que costarán

Plan médico: **[Redacted]** Cambiar de Plan

Plan médico: **[Redacted]** Cambiar de Plan

Lo que usted paga: **[Redacted]** \$0.00/mes

Prima mensual: **[Redacted]** \$1,280.12

Total por 1 planes \$0.00 /mes

< Volver Guardar y completar después Continuar

Si aún desea escoger un plan diferente, haga clic en “Volver”

Esta casilla le muestra los nombres de las personas inscritas en el plan que eligió.

Aquí se muestra la compañía de seguros y el nombre del plan médico que eligió.

Este es el costo de su prima mensual.

Esta es la prima del plan que eligió a costo regular. Esta información es solo para que compare y vea cuánto está ahorrando.

30 Pago del primer mes

Puede ingresar la información de pago de cada una de sus compañías de seguros haciendo clic en el botón “Efectuar pago” que aparece a continuación.

Compañía de seguros	Prima mensual	Grupo(s)	
ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS	\$0.00	[Redacted]	Efectuar pago

Colorado Connect enviará los datos de pago que usted proporcione a su compañía de seguros de salud. Si sale de esta página, sus datos de pago no se guardarán. Debe ponerse en contacto con su compañía de seguros para establecer los pagos recurrentes y confirmar que el pago de la prima de su primer mes ha sido aceptado.

< Volver Continuar

Haga clic en "Efectuar un pago", incluso si su prima es de \$0.

31 Opciones de pago del primer mes para Anthem Blue Cross and Blue Shield/HMO Colorado

¿Cómo desea pagar?

Tarjeta de crédito o débito Retiro de la cuenta bancaria **Cheque o giro postal**

Asegúrese de no enviar un cheque hasta que reciba una factura de Anthem Blue Cross and Blue Shield/HMO Colorado.

Debe presentar el pago completo para que su cobertura comience.

Colorado Connect enviará los datos de pago que usted proporcione a su compañía de seguros de salud. Si sale de esta página, sus datos de pago no se guardarán. Debe ponerse en contacto con su compañía de seguros para establecer los pagos recurrentes y confirmar que el pago de la prima de su primer mes ha sido aceptado.

< Volver Continuar

Haga clic en “Cheque o giro postal”

32

Acuerdos de inscripción

Al cambiar a su compañía de seguros si cambia la información de pago (número de cuenta bancaria o tarjeta de crédito) mientras está cubierto por esta póliza de seguro. Si no efectúa sus pagos, puede producirse un retraso en el comienzo de su plan o una cancelación o terminación de su inscripción.

Proporcionar la información de pago a Colorado Connect no garantiza la aprobación del pago ni la cobertura del seguro. La compañía de seguros procesará su solicitud de inscripción y podrá comunicarse con usted para obtener más información en caso necesario.

Debe actualizar su cuenta en un plazo máximo de 30 días si ocurre algún cambio en el tamaño de su familia, ingresos o dirección, ya que este tipo de cambios afectan la elegibilidad a su plan o a la ayuda financiera.

- He leído y acepto los Términos de uso (disponibles en esta página. Haga clic en "Terms of Use" en el lado inferior derecho).
- He leído y acepto la Política de privacidad (disponible en esta página. Haga clic en "Privacy Policy" en el lado inferior derecho).
- Entiendo que estoy obligado por ley a adquirir una cobertura dental pediátrica (aun cuando no esté buscando cobertura de salud para un niño). Este beneficio dental no cubre a adultos mayores de 18 años. Usualmente, puede adquirir la cobertura dental pediátrica a \$0.

[Redacted signature area]

(Comprendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse cumplir de la misma manera que una firma escrita.)

Fecha de envío: 2023-09-12

Para completar su inscripción, haga clic en "Continuar".

Colorado Connect enviará los datos de pago que usted proporcione a su compañía de seguros de salud. Si sale de esta página, sus datos de pago no se guardarán. Debe ponerse en contacto con su compañía de seguros para establecer los pagos recurrentes y confirmar que el pago de la prima de su primer mes ha sido aceptado.

< Volver

Continuar

Lea los **términos de uso** y marque todas las casillas si está de acuerdo con estos términos.

Escriba su nombre exactamente como aparece arriba de la casilla.

34 ¡Felicidades! Ha seleccionado un plan y ya lo enviamos a su compañía de seguros. ¿Qué sigue?



Gracias por adquirir un plan para 2023 a través de Colorado Connect. Enviamos una confirmación a su dirección de correo electrónico: **t3588587@gmail.com**

La compañía de seguros tarda de 3 a 10 días hábiles en recibir y procesar su información. Después de ese tiempo, puede comunicarse directamente con su compañía de seguros para realizar o confirmar el pago inicial y para establecer los pagos recurrentes.

Vea la Página de bienvenida para encontrar la información de contacto de su compañía de seguros y los detalles del plan.

[Regresar a la Página de bienvenida](#)

Nota: Recibirá la confirmación de su registración en este correo electrónico.

Consulte la **página de bienvenida** para ver la información de contacto de su compañía de seguros y los detalles de su plan.

35

¡Bienvenido/a de nuevo, Gabriela!

Hacer cambios a su seguro de salud

Puede cambiar su plan o agregar a personas nuevas a su plan si experimenta ciertos cambios en su vida, como la pérdida de cobertura, el nacimiento de un bebé, el matrimonio y varios otros cambios.

[Hacer cambios](#)

Sus planes actuales
Información de planes para 2023

<p>Gabriela, Manuel Gabriela Mercedes Ramirez, Manuel Alejandro Anica-Perez</p> <p>Plan médico Anthem Colorado Option Bronze Pathway Essentials</p> <p>Bronze/HMO Anthem 855-453-7031 Pago mensual del plan \$920.55/mes</p> <p>Si necesita cancelar sus planes, comuníquese con nuestro centro de atención al cliente, llamando al: 855-675-2626</p>	<p>Otros recursos</p> <p>Mi perfil Ver y actualizar la información de su cuenta</p> <p>Resultados de la solicitud Ver los beneficios a los que califica</p>
---	---

Esta es la información de su plan médico.

Si se inscribió antes del 15 de diciembre, este plan entrará en vigencia el 1 de enero de 2024.

Llame a su compañía de seguros si tiene preguntas sobre su seguro médico.

Llame a Colorado Connect si tiene preguntas sobre su inscripción o esta solicitud.

Si se ha inscrito en un plan de seguro médico para el 2025, ¡felicitaciones por su inscripción!

A continuación le dejamos algunas sugerencias e información adicional a tener en cuenta.

Próximos pasos a seguir:

1. Guarde su nombre de usuario y contraseña de su cuenta de Colorado Connect donde pueda encontrarlos fácilmente. Esta información será necesaria cada vez que necesite reportar cambios o renovar su cobertura cada año.
2. Póngase en contacto con su compañía de seguro médico si no ha recibido su tarjeta de seguro dentro de 3-4 semanas de haber hecho su primer pago (o haber terminado su inscripción, si tiene una prima de \$0)
3. Póngase en contacto con su compañía de seguro para preguntas sobre cobros que haya recibido, buscar un médico, beneficios de su plan y más:

Compañía de Seguros Médicos	Número de teléfono para servicio al cliente	# Para Español
Anthem Blue Cross Blue Shield	(855) 453-7031	2
Cigna	(800) 244-6224	8
Kaiser Permanente	(800) 632-9700	2
Rocky Mountain Health Plans/United Healthcare	(855) 830-1564	

Consejos útiles:

- **Si se inscribió antes del 15 de diciembre, su plan entrará en vigencia en 1 de enero. De lo contrario, será el 1 de febrero.**
- Mantenga su tarjeta de seguro médico con usted en todo momento y llévela a todas sus citas médicas. Mantenga la información de seguro médico al día con sus médicos y farmacia de preferencia.
- Llame al número ubicado en su tarjeta de seguro médico o visite el sitio web de su compañía para encontrar un médico que sea parte de la red de cobertura de su plan.
- Programe un chequeo anual y otros servicios preventivos gratuitos con un proveedor que esté dentro de la red de cobertura de su plan.
- Conozca los hospitales y centros para emergencias que se encuentran cerca de su hogar y trabajo.

¿Necesita algún tipo de asistencia?

Póngase en contacto con Colorado Connect al 855-675-2626 para reportar cambios en la composición o economía de su hogar.

Contacte al Centro de Inscripción para Cobertura Médica al 303-441-4530, envíenos un correo electrónico a

cobeturamedica@bouldercounty.gov o haga una cita virtual o telefónica a través de nuestro sitio web

www.bouldercountyhealthcoverage.gov