



## AVISO INICIAL DE DERECHOS COBRA

**PARA:** Participantes, cónyuges y dependientes cubiertos en los planes de salud grupales patrocinados por la OEGB

**ASUNTO:** Continuación de la cobertura del plan de salud grupal

**Gracias** por su inscripción reciente en el plan de salud grupal ofrecido por su empleador a través de la Junta de Beneficios para Educadores de Oregon (Oregon Educators Benefit Board, OEGB). Este aviso es para informarle a usted y a sus dependientes elegibles sobre sus derechos según COBRA si, en el futuro, pierde la cobertura a través del plan de salud grupal en el que está inscrito actualmente.

Este aviso contiene información importante sobre su derecho a continuar con su cobertura de atención médica en los planes de medicamentos recetados/atención médica, dental y de la vista de OEGB (el Plan), así como otras opciones de cobertura de salud que pueden estar disponibles para usted, incluida la cobertura a través del Mercado de seguros médicos, en [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o al 1-800-318-2596. Puede obtener cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos **que cuesta menos que** continuar la cobertura a través de COBRA. Lea atentamente la información contenida en este aviso antes de tomar una decisión.

Esta notificación requerida contiene información importante sobre sus derechos y los de sus dependientes elegibles a continuar su cobertura a través de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura según el Plan. Esta continuación de cobertura se conoce comúnmente como cobertura a través de COBRA, ya que cumple con los requisitos de la Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985. La cobertura a través de COBRA puede estar disponible para usted cuando, de lo contrario, perdería su cobertura de salud grupal según el Plan. También puede estar disponible para su cónyuge e hijos dependientes, si están cubiertos por el Plan, cuando de lo contrario perderían su cobertura de salud grupal según el Plan. Este aviso no describe completamente la cobertura a través de COBRA según el Plan. Para obtener información adicional sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar la "Descripción resumida del plan" del Plan de salud grupal o comunicarse con el Administrador del plan de la OEGB.

***Este Aviso Especial resumirá para usted:***

- Quién es elegible para la continuación de la cobertura.
- Cuándo puede elegir esta continuación de cobertura.
- Qué tiene que hacer para realizar la elección requerida.
- Cuánto dura esta cobertura.
- Cuánto costará esta cobertura.

**Es posible que tenga otras opciones disponibles cuando pierda la cobertura de salud grupal**

Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros médicos. Al inscribirse en la cobertura a través del Mercado, puede calificar para costos más bajos en sus primas mensuales y costos de bolsillo más bajos. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como el plan de su cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscritos tardíos.

## ¿Qué es la cobertura a través de COBRA?

La cobertura a través de COBRA es una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, la cobertura terminaría debido a un evento de vida conocido como “evento calificado”. Encontrará una lista específica de eventos calificados más adelante en este aviso. Después de que ocurre un evento calificativo y usted proporciona el aviso requerido de ese evento, se debe ofrecer la cobertura a través de COBRA a cada persona que pierda la cobertura del Plan y que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se pierde la cobertura del Plan debido al evento calificado. (Ciertos recién nacidos, niños recién adoptados y beneficiarios alternativos según las órdenes de manutención infantil médicas calificadas [Qualified Medical Child Support Orders, QMCSO] también pueden ser beneficiarios calificados). Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan COBRA deben pagar la cobertura a través de COBRA.

## Quién es elegible para la cobertura a través de COBRA

### ***Empleados***

Usted es elegible para la continuación de la cobertura si está cubierto por un plan de salud grupal patrocinado por la OEGB en la fecha en que tiene un evento calificado (consulte los detalles en la siguiente sección).

### ***Cónyuge/Dependientes***

Usted es elegible para la continuación de la cobertura si está cubierto como cónyuge o dependiente bajo un plan de salud grupal patrocinado por la OEGB en la fecha en que usted o el empleado cubierto tienen un evento calificado.

### ***Recién nacidos/recién adoptados***

Si es un empleado que ha elegido la cobertura a través de COBRA, tiene la opción de agregar niños que nazcan o sean puestos en adopción durante el período de cobertura a través de COBRA. La opción de agregar recién nacidos o niños recién adoptados no está disponible para cónyuges o dependientes que hayan elegido la cobertura a través de COBRA. Si agrega un niño recién nacido o recién adoptado, usted es responsable de pagar cualquier aumento en los cargos de prima por esta cobertura adicional.

## Cuando la cobertura de continuación está disponible

### ***Si usted es el empleado cubierto***

Si termina su empleo con una entidad que ofrece beneficios de salud grupales patrocinados por la OEGB, o si sus horas se reducen por debajo del número requerido para la cobertura de salud grupal, puede optar por continuar con su cobertura grupal. Sin embargo, si lo despiden por mala conducta grave, no es elegible para la continuación de la cobertura.

### ***Si usted es el cónyuge cubierto de un empleado cubierto***

Si está cubierto por un plan de salud grupal patrocinado por la OEGB como cónyuge cubierto, puede optar por continuar con su cobertura grupal si terminara debido a uno de los siguientes eventos calificados:

- Finalización del empleo o reducción de horas de su cónyuge (a menos que la finalización haya sido por mala conducta grave).
- Muerte de su cónyuge.
- Divorcio o separación legal.
- Su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare.

### ***Si es un dependiente cubierto de un empleado cubierto***

Si está cubierto por un plan de salud grupal patrocinado por la OEGB como dependiente cubierto, puede optar por continuar con su cobertura grupal si terminara debido a uno de los siguientes eventos calificados:

- Finalización del empleo o reducción de horas del empleado cubierto (a menos que la finalización haya sido por mala conducta grave).
- Muerte del empleado cubierto.
- El divorcio o separación legal del empleado cubierto.
- El empleado cubierto adquiere derecho a Medicare.
- Ya no califica para la cobertura como dependiente bajo el plan de salud grupal.

---

### Elección de la cobertura a través de COBRA

La cobertura a través de COBRA no es automática. Si desea recibir esta cobertura, debe elegirla.

Cuando la OEGB recibe un aviso de que ha ocurrido un evento que lo califica a usted o a su familia para la cobertura a través de COBRA, el administrador externo de la OEGB, Benefit Help Solutions (BHS), le enviará a usted y a los miembros de su familia afectados un aviso por escrito informándole sobre sus derechos de elección y la fecha límite para hacer su elección. Tendrá al menos 60 días a partir de la fecha en que pierda su cobertura para hacer su elección. ***Si no se elige la cobertura a través de COBRA dentro del plazo permitido, la cobertura del seguro médico grupal para usted y su familia finalizará en la fecha en que ya no califique para la cobertura grupal.***

***Importante:*** Para recibir este aviso de la OEGB, usted, su cónyuge o su dependiente deben notificar a su empleador sobre el divorcio, la separación legal, la elegibilidad para Medicare debido a una discapacidad o cuando un hijo pierde su estado de dependiente. Este aviso debe realizarse dentro de los 60 días siguientes a la fecha del evento. ***Si no notifica a su empleador dentro de este período de 60 días, usted y su familia no pueden obtener la continuación de la cobertura a través de COBRA.***

Su empleador es responsable de notificar a la OEGB sobre la finalización del empleo, la reducción de horas, la muerte o el derecho a Medicare debido a la edad.

Si ha cambiado su estado civil, o si usted o su cónyuge han cambiado de dirección, debe notificar a OEGB de ese cambio por escrito.

---

### Beneficios de COBRA

Cuando acceda por primera vez a la cobertura a través de COBRA, recibirá la misma cobertura que recibía bajo su plan de salud grupal patrocinado por la OEGB inmediatamente antes de calificar para COBRA.

Mientras tenga cobertura a través de COBRA, sus beneficios de salud grupales seguirán siendo idénticos a los proporcionados según el plan a los empleados activos en situación similar y sus cónyuges o dependientes cubiertos. Una vez que esté en COBRA, tendrá la misma posibilidad de cambiar su cobertura que los empleados activos. Generalmente, puede realizar cambios de cobertura durante el próximo período de inscripción abierta.

Tenga en cuenta que la cobertura a través de COBRA está disponible solo para sus beneficios de salud grupales (médicos, dentales, oftalmológicos y medicamentos recetados).

---

### Duración de la continuación de la cobertura

Esta sección explicará la regla general sobre cuánto dura la cobertura a través de COBRA. La siguiente sección explicará la cobertura extendida especial disponible para cónyuges sobrevivientes, divorciados o separados legalmente que tengan 55 años o más.

La cobertura a través de COBRA tendrá una duración de 18 meses a partir de la fecha de finalización del empleo o reducción de horas del empleado cubierto. Sin embargo, si pierde su cobertura de salud grupal por cualquiera de las otras razones mencionadas anteriormente, el período de continuación de la cobertura es de 36 meses a partir de la fecha en que ocurrió el evento.

Si, durante el período de continuación de cobertura de 18 meses, elige la cobertura a través de COBRA luego de la finalización de su empleo o reducción de horas y ocurre otro evento que le da derecho a su cónyuge cubierto o hijo dependiente a su propia continuación de cobertura (como divorcio, separación legal, muerte del empleado cubierto o derecho a Medicare), la continuación de la cobertura de su cónyuge o dependiente cubierto se extiende a 36 meses a partir de la fecha de su finalización de empleo o reducción de horas.

Si tiene cobertura a través de COBRA debido a la finalización del empleo o reducción de horas del empleado cubierto, el período de continuación de COBRA de 18 meses puede extenderse a 29 meses si la Administración del Seguro Social determina que el empleado cubierto, cónyuge o dependiente que tiene cobertura a través de COBRA califica para los beneficios por discapacidad del Seguro Social. Independientemente de si es el empleado cubierto o un cónyuge o dependiente cubierto el que está discapacitado, el período de cobertura extendida de 29 meses se aplicará a todos los miembros de la familia que tengan cobertura a través de COBRA, incluso si no están discapacitados. Para calificar para esta extensión, la Administración del Seguro Social debe determinar que la persona cubierta estuvo discapacitada en cualquier momento durante los primeros 60 días de cobertura a través de COBRA. Debe notificar a la OEGB sobre la determinación de discapacidad de la Administración del Seguro Social. Debe darle este aviso a OEGB a más tardar 60 días después de la determinación de discapacidad o del final del período de cobertura a través de COBRA inicial de 18 meses, lo que ocurra primero.

En ningún caso la cobertura a través de COBRA durará más de 36 meses a partir de la fecha del evento que originalmente lo hizo elegible para elegir la continuación de la cobertura. Además, su cobertura de continuación puede verse interrumpida por **cualquiera** de las siguientes razones:

- Su empleador deja de brindar beneficios de salud grupales.
- La prima de su cobertura de continuación no se paga a tiempo.
- Usted adquiere derecho a Medicare.
- Usted queda cubierto por otro plan de salud grupal (a menos que ese plan no cubra su afección preexistente; consulte los detalles a continuación).
- Extendió su cobertura de continuación a 29 meses cuando calificó para los pagos por discapacidad del Seguro Social y el Seguro Social toma una determinación final de que ya no está discapacitado. (Debe notificar a la OEGB dentro de los 30 días si el Seguro Social determina que ya no está discapacitado).

Cuando finalice el período de cobertura a través de COBRA de 18, 29 o 36 meses, se le permitirá inscribirse en un plan de salud de conversión individual si esta característica de conversión se proporciona en el plan de salud grupal de su empleador en ese momento. No es necesario ningún examen médico para obtener una póliza de salud individual que reemplace su cobertura grupal.

---

### **Cobertura extendida para cónyuges sobrevivientes, divorciados o separados legalmente de 55 años o más**

**Quién es elegible.** Usted es elegible para la cobertura especial extendida del plan de salud grupal si:

- Usted es el cónyuge sobreviviente o el cónyuge divorciado o legalmente separado de un empleado cubierto **y**
- Tiene al menos 55 años al momento de la muerte de su cónyuge o del divorcio o separación legal.

Si cumple con ambos requisitos, también puede optar por cubrir a cualquier hijo dependiente que perdería la cobertura de nuestro Plan debido a muerte, divorcio o separación legal.

**Beneficios disponibles.** Cuando se inscriba inicialmente para una cobertura especial extendida, recibirá los mismos beneficios médicos, dentales, de atención de la vista o de gastos de medicamentos recetados que recibía a través de su cónyuge o excónyuge. Una vez que tenga una cobertura especial extendida, seguirá teniendo los mismos beneficios y opciones de cobertura que están disponibles para los empleados activos.

**Duración de la cobertura extendida.** No hay límites de tiempo establecidos para esta cobertura extendida especial, como los hay para la cobertura a través de COBRA. La cobertura especial extendida finalizará cuando:

- No pague la prima requerida a tiempo.
- Usted quede cubierto por otro plan de salud grupal, ya sea como empleado cubierto o cónyuge cubierto.
- Usted sea elegible para Medicare.
- OEGB cancele el plan de salud grupal sin reemplazarlo.

**Debe notificar a la OEGB.** Para solicitar esta cobertura extendida especial, debe notificar a OEGB, por escrito, a más tardar en la fecha límite que se muestra a continuación.

| <u>EVENTO</u>                 | <u>FECHA LÍMITE DE AVISO</u>  |
|-------------------------------|---|
| • Muerte del cónyuge          | • 30 días después de la fecha de muerte   |
| • Divorcio o Separación Legal | • 60 días después de la fecha de separación legal o dictamen de sentencia de divorcio |

Si no notifica a OEGB sobre el fallecimiento o el divorcio o separación legal antes de la fecha límite, pierde el derecho a elegir esta cobertura. Con su solicitud, debe incluir su dirección postal actual.

**Elección de cobertura especial extendida.** Dentro de los 14 días posteriores a la fecha en que recibamos su aviso, OEGB le enviará un formulario para elegir la cobertura de continuación especial. La OEGB también le informará el monto de las primas cobradas y cómo realizar sus pagos.

Debe devolver su formulario de elección dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que la OEGB se lo envió por correo. Si no cumple con esta fecha límite, pierde el derecho a elegir esta cobertura.

**Pagos de primas.** Las reglas sobre el monto y plazos de los pagos de sus primas son las mismas que para la cobertura regular a través de COBRA (consulte **Costo de cobertura** abajo).

---

## Cobertura alternativa

En lugar de inscribirse en COBRA, puede adquirir un seguro de salud en HealthCare.gov. Muchos planes de HealthCare.gov son **menos costosos que** el seguro de COBRA. Y HealthCare.gov es el único lugar donde puede obtener ayuda para pagar primas y costos de bolsillo. No espere: tiene solo sesenta días después de que finalice su cobertura de la OEGB para presentar una solicitud.

Para obtener más información, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) o llame al 1-800-318-2596. También puede visitar [www.OregonHealthCare.gov](http://www.OregonHealthCare.gov) o llamar al 1-855-268-3767 para buscar un agente de seguros local que lo ayude a encontrar el plan adecuado para usted y su familia. Hay muchas otras opciones de cobertura para usted y su familia a través de Medicaid u otra cobertura de plan de salud grupal (como el plan de su cónyuge) en lo que se llama "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costarle menos que la continuación de la cobertura a través de COBRA.

### **Información de la FSA para atención médica**

Si su empleador ofrece el beneficio de una cuenta de gastos flexibles (Flexible Spending Account, FSA) para atención médica a sus empleados activos, es posible que este beneficio se ofrezca a través de COBRA a los beneficiarios calificados. En la mayoría de los casos, solo los beneficiarios calificados con cuentas con saldo disponible serán elegibles para continuar con su FSA para atención médica hasta el final del año del plan en el que se produjo el evento calificador. Los beneficiarios calificados tienen una cuenta con saldo disponible si el límite anual elegido por ellos, reducido por reclamos reembolsables presentados hasta el momento del evento calificador, es igual o superior al monto de las primas de la cobertura a través de COBRA de la FSA para atención médica del empleado que se cobrará por lo que resta del año del plan. La cobertura a través de COBRA consistirá en la cobertura de la FSA para atención médica del empleador en vigencia al momento del evento calificador. La norma de “úselo o piérdalo” continuará vigente, por lo que cualquier monto no utilizado se perderá al final del año del plan, y es posible que la cobertura a través de COBRA para el plan de la FSA finalice el final del año del plan. A menos que se elija otra opción, todos los beneficiarios calificados con cobertura de la FSA para atención médica del empleador tendrán cobertura conjunta de la FSA para atención médica a través de COBRA. Sin embargo, cada beneficiario calificado podría elegir alternativamente una cobertura por separado a través de COBRA para cubrir a ese beneficiario únicamente con un límite anual de FSA para atención médica separado y una prima separada. Si está interesado en esta alternativa, comuníquese con su administrador de FSA COBRA durante el horario comercial para obtener más información.

---

### **Destinatarios alternativos según las QMCSO**

Un hijo del empleado cubierto que recibe beneficios según el Plan de conformidad con una orden de manutención médica infantil calificada (QMCSO) recibida por el empleador durante el período de empleo del empleado cubierto tiene los mismos derechos para elegir COBRA como hijo dependiente elegible del empleado cubierto.

---

### **Costo de cobertura**

Tendrá un período de gracia de 45 días a partir de la fecha en que elija la cobertura a través de COBRA para realizar el pago de su prima inicial. (Sin embargo, el pago de sus reclamaciones se suspenderá hasta que se reciba el pago de su prima). Después de eso, los pagos de las primas deben realizarse en su fecha de vencimiento habitual. Pagará las primas de su cobertura a través de COBRA directamente a BenefitHelp Solutions (BHS).

---

### **Información de contacto del plan**

Para garantizar que todas las personas cubiertas reciban información de manera adecuada y oportuna, es importante que notifique a OEGB sobre cualquier cambio en el estado de dependiente o cualquier cambio de dirección de cualquier miembro de la familia lo antes posible. Ciertos cambios deben presentarse por escrito. Si de su parte usted no notifica a la OEGB sobre cualquier cambio, se puede retrasar la notificación o perder opciones de continuación de cobertura.

Si tiene alguna pregunta o necesita enviar a OEGB cualquiera de los avisos escritos discutidos en este Aviso especial, comuníquese con la OEGB en:

OEGB  
500 Summer Street NE, E-88  
Salem, OR 97301-1063  
1-888-4MY-OEGB (1-888-469-6322)