

Modelo de aviso general sobre la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA

Modelo de aviso general sobre los derechos de la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA

Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo cobertura a través de un plan de salud grupal (el Plan). Este aviso incluye información importante sobre su derecho a continuar su cobertura a través de la Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act, COBRA), que es una extensión temporal de la cobertura según el Plan. **En este aviso, se explica la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA, cuándo estará disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando sea elegible para la cobertura a través de la ley COBRA, es posible que también sea elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA.

El derecho a obtener la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA se creó en virtud de una ley federal, la Ley Federal Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) de 1985. La continuación de la cobertura a través de la ley COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud grupal finalice de otro modo. 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 o comunicarse con el administrador del Plan.

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 continuación de la cobertura a través de la ley COBRA?

Se trata de una continuación de la cobertura del Plan cuando, de otro modo, esta terminaría debido a un evento de vida. Esto también se conoce como “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de que ocurra un evento calificado, se le debe ofrecer la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA a cada persona 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. Según el Plan, los beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA deben pagarla.

Si es un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado en caso de que pierda su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- sus horas laborales se reducen; o
- su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea mala conducta grave.

Si es el cónyuge de un empleado, se convertirá en un beneficiario calificado en caso de que pierda su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- su cónyuge fallece;
- las horas laborales de su cónyuge se reducen;

- el empleo de su cónyuge finaliza por cualquier motivo que no sea mala conducta grave;
- su cónyuge adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados en caso de que pierdan la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos calificados.

- el padre-empleado fallece;
- las horas laborales del padre-empleado se reducen;
- el empleo del padre-empleado finaliza por cualquier motivo que no sea mala conducta grave;
- el padre-empleado adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como “hijo dependiente”.

¿Cuándo estará disponible la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA?

El Plan les ofrecerá a los beneficiarios calificados la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA solo después de que se notifique al administrador del Plan que ha ocurrido un evento calificado. El empleador debe notificar al administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- finalización del empleo o reducción de horas laborales;
- muerte del empleado; o
- el hecho de que el empleado adquiriera derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

En el caso de los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de elegibilidad para la cobertura de un hijo como hijo dependiente), usted debe notificar al administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores al momento en que ocurra el evento calificado. Debe enviar la notificación a la siguiente información de contacto:

Servicios para Miembros de la PEBB
 500 Summer St NE – Dept. 89 Salem,
 OR 97301-1094
 Teléfono: 503-373-1102
 Correo electrónico: pebb.benefits@odhsoha.oregon.gov
https://www.oregon.gov/oha/PEBB/Pages/Contact_Us.aspx

¿Cómo se brinda la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA?

Cuando el administrador del Plan recibe la notificación de que ha ocurrido un evento calificado, se le ofrecerá la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente de optar por la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA. Los empleados cubiertos pueden optar por la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden optar por dicha continuación en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura a través de la ley COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, dura 18 meses si se otorga debido a la finalización del empleo o a la reducción de horas laborales. Un beneficiario puede obtener un máximo de 36 meses de cobertura debido a determinados eventos calificados o si ocurre un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura.

El período de 18 meses de la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA también se puede extender por otros motivos:

Extensión del período de 18 meses de la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA por discapacidad

Si la Seguridad Social determina que usted o un miembro de su familia cubierto por el Plan está discapacitado y notifica al administrador del Plan al respecto de forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de la cobertura a través de la ley COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado a manifestarse en algún momento antes del 60.º día de la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA y debe persistir al menos hasta el final del período de 18 meses de dicha continuación de la cobertura. Se debe notificar a los Servicios para Miembros de la Junta de Beneficios de Empleados Públicos (Public Employees' Benefit Board, PEBB).

Extensión del período de 18 meses de continuación de la cobertura por un segundo evento calificado

Si su familia tiene otro evento calificado durante el período de 18 meses de continuación de la cobertura a través de la ley COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden obtener hasta 18 meses adicionales de dicha continuación de la cobertura, hasta un máximo de 36 meses, si se le notifica de forma adecuada al Plan sobre el segundo evento calificado. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que obtendrían la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA si el empleado o antiguo empleado fallece, adquiere derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible para el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo estará disponible si el segundo evento calificado hubiera dado lugar a que el cónyuge o el hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA, puede haber otras opciones de cobertura disponibles para usted y su familia a través del Mercado de seguros de salud, Medicare, Medicaid, el [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#) u otras opciones de cobertura de un plan de salud grupal (como el plan de un cónyuge), a través de lo que se conoce como el "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costarle menos que la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA. Puede obtener información adicional sobre muchas de estas opciones en www.healthcare.gov.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?

Por lo general, si no se inscribe en la Parte A o en la Parte B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque sigue estando empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o la Parte B de Medicare, el cual comienza el primero de estos meses:

- el mes posterior a que finalice su empleo; o
- el mes posterior a que finalice la cobertura del plan de salud grupal de su empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y opta por la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y que haya una brecha en la cobertura si decide inscribirse en la Parte B más adelante. Si opta por la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA y más adelante se inscribe en la Parte A o la Parte B de Medicare antes de que finalice la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA, es posible que el Plan finalice

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

su continuación de la cobertura. No obstante, si la Parte A o la Parte B de Medicare entra en vigencia en la fecha en que opte por la cobertura a través de la ley COBRA o luego de esa fecha, es posible que no se discontinúe dicha cobertura debido a la adquisición de derechos a Medicare, incluso si se inscribe en otra parte de Medicare después de la fecha en que opte por la cobertura a través de la ley COBRA.

Si está inscrito tanto en la continuación de la cobertura a través de la ley COBRA como en Medicare, por lo general, Medicare pagará primero (pagador principal) y la continuación de la cobertura pagará en segundo lugar. Es posible que determinados planes paguen como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener información adicional, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

Si tiene preguntas

Si tiene preguntas sobre su Plan o sus derechos de continuación de la cobertura a través de la ley COBRA, debe usar la información de contacto a continuación. Para obtener información adicional sobre sus derechos en virtud de la Ley de Protección de Ingresos para el Retiro de Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), incluida la ley COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupal, comuníquese con la oficina regional o del distrito de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. de su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y del distrito de la EBSA se encuentran en el sitio web de la EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su Plan informado sobre cambios en direcciones

Para proteger los derechos de su familia, infórmele al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de los miembros de su familia. También debería conservar una copia de cualquier aviso que le envíe al administrador del Plan, para sus registros.

Información de contacto del Plan

Servicios para Miembros de la PEBB
500 Summer St NE – Dept. 89 Salem,
OR 97301-1094
Teléfono: 503-373-1102
Correo electrónico: pebb.benefits@odhsoha.oregon.gov
https://www.oregon.gov/oha/PEBB/Pages/Contact_Us.aspx