



PacificSource  
HEALTH PLANS

**DERECHOS PARA CONTINUAR LA COBERTURA AMPARADO POR COBRA**

DE: \_\_\_\_\_ (el empleador)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

PARA: \_\_\_\_\_

**De lo que se trata este aviso:** Usted está recibiendo este aviso porque desde hace poco está cubierto por el plan de salud de grupo de la compañía, de ahora en adelante denominado "el Plan". Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a continuar la cobertura amparado por COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura según el Plan. El derecho a la continuación de la cobertura amparado por COBRA fue creado por una ley federal, la Ley Omnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA por sus siglas en inglés). La continuación de cobertura amparada por COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia que estén cubiertos por el Plan cuando usted de alguna forma pierda su cobertura de salud de grupo.

Este aviso explica la cobertura de continuación amparada por COBRA en general, cuándo esa cobertura puede estar disponible para usted y su familia, y lo que necesita hacer para proteger su derecho a recibirla. Este aviso da únicamente un resumen de sus derechos de continuación amparados por COBRA. Si desea más información acerca de sus derechos y obligaciones según el Plan y amparados por la ley federal, debe repasar su Manual de Beneficios para los Miembros o la Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, o ponerse en contacto con el Administrador del Plan.

**Cobertura de continuación amparada por COBRA:** La cobertura de continuación amparada por COBRA es una cobertura de continuación del Plan cuando la cobertura termina por causa de un suceso conocido como "suceso calificado". Más abajo se enumeran sucesos calificados específicos. La cobertura de continuación amparada por COBRA debe ofrecerse a toda persona que sea "beneficiario calificado". Un beneficiario calificado es alguien que perderá la cobertura del Plan por causa de un suceso calificado. Dependiendo del tipo de suceso calificado, los empleados, los cónyuges de los empleados y los hijos dependientes de los empleados podrían ser beneficiarios calificados. En el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación amparada por COBRA son responsables de pagar la prima de la cobertura de continuación COBRA.

**Sucesos calificados:** Si usted es empleado se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a uno de los siguientes sucesos calificados:

- (1) Le reducen las horas de trabajo, o
- (2) Su empleo termina por alguna razón que no sea una falta de conducta grave por su parte.

Si usted es cónyuge de un empleado se convertirá en beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a uno de los siguientes sucesos calificados:

- (1) Su cónyuge muere;
- (2) Se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- (3) El empleo de su cónyuge termina por alguna razón que no sea una falta de conducta grave;
- (4) Su cónyuge se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- (5) Usted se divorcia de su cónyuge. Si un empleado cancela la cobertura para su cónyuge porque espera divorciarse y el divorcio ocurre más tarde, entonces el divorcio será lo que se considere suceso calificado aun cuando el ex cónyuge haya perdido la cobertura antes. Si el ex cónyuge informa al administrador del plan en un plazo no mayor de 60 días después del divorcio y se puede comprobar que el empleado canceló la cobertura antes porque esperaba divorciarse, entonces la cobertura de COBRA podría estar disponible para el período posterior al divorcio.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios calificados si pierden su cobertura del Plan debido a uno de los siguientes sucesos calificados:

- (1) El empleado que es el padre o la madre muere;
- (2) Se reducen las horas de trabajo del empleado que es el padre o la madre;
- (3) El trabajo del empleado que es el padre o la madre termina por alguna razón que no sea una falta de conducta grave;
- (4) El empleado que es el padre o la madre se inscribe en Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- (5) Los padres se divorcian
- (6) El hijo ya no califica para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

**A los jubilados cubiertos por el Plan (cuando corresponda):** A veces, declararse en bancarrota amparado por el Título 11 del Código de los Estados Unidos puede ser un suceso calificado. Si el empleador que auspicia el Plan se declara en bancarrota, y esa bancarrota hace que los empleados jubilados cubiertos por el Plan pierdan su cobertura, esos empleados jubilados son beneficiarios calificados. Los cónyuges de los empleados jubilados y los hijos dependientes también serán beneficiarios calificados si la bancarrota da como resultado la pérdida de la cobertura que tienen en el Plan.

**Requisitos de notificación al empleador:** El Plan ofrecerá cobertura de continuación amparada por COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después que el Administrador del Plan haya sido informado oportunamente de que ha ocurrido un suceso calificado. Cuando el suceso calificado sea la terminación del empleo o la reducción de horas del empleo, muerte del empleado, inicio de un proceso de bancarrota por parte del empleador (solamente para los jubilados cubiertos), o inscripción del empleado en Medicare (Parte A, Parte B o ambas), el empleador debe informar al Administrador del Plan del suceso calificado en un plazo no mayor de 30 días a partir de la fecha en la que termina la cobertura.

**Sus requisitos de notificación:** Para otros sucesos calificados (divorcio, o si un hijo dependiente deja de reunir los requisitos para recibir cobertura como tal), *usted debe notificar* al Administrador del Plan. El Plan requiere que usted notifique al Administrador del Plan **por escrito** en un plazo no mayor de 60 días después del suceso calificado o de la pérdida de cobertura, lo que suceda más tarde, usando el procedimiento que se detalla más abajo. Si no se siguen estos procedimientos o si el aviso no se da por escrito al Administrador del Plan durante el período de aviso de los 60 días, no se ofrecerá al cónyuge o hijo dependiente que pierda la cobertura la opción de elegir cobertura de continuación.

**Procedimientos de la notificación:** Todo aviso que usted dé debe ser por escrito. No se aceptan los avisos verbales, incluyendo avisos por teléfono. Usted debe enviar por correo o entregar personalmente su aviso al Administrador del Plan. Si lo envía por correo, la fecha del matasellos debe ser a más tardar el último día del período de aviso requerido. Todo aviso que usted dé debe incluir el nombre y la dirección del empleado cubierto por el Plan y los nombres y las direcciones de los beneficiarios calificados. Su aviso también debe mencionar el suceso calificado y la fecha en que ocurrió. Si el suceso calificado es un divorcio, su aviso debe incluir una copia del decreto de divorcio.

**Elección de la cobertura de continuación amparada por COBRA:** Una vez que el Administrador del Plan recibe un aviso oportuno de que ha ocurrido un suceso calificado, la cobertura de continuación amparada por COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Para cada beneficiario calificado que elija la cobertura de continuación amparada por COBRA, dentro del tiempo estipulado, la cobertura de continuación amparada por COBRA comenzará en la fecha en que la cobertura del Plan termine o se haya perdido. **Si usted, su cónyuge o sus hijos dependientes no eligen la cobertura de continuación dentro del plazo de 60 días del período de elección, usted perderá su derecho a elegirla.**

**Períodos de cobertura:** La cobertura de continuación amparada por COBRA es una continuación temporal de dicha cobertura. Cuando el suceso calificado es la muerte del empleado, la inscripción del empleado en Medicare (Parte A, Parte B o ambas), su divorcio o el hecho de que el hijo dependiente deja de calificar como tal, la cobertura de continuación amparada por COBRA dura hasta 36 meses.

Cuando el suceso calificado es el final del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, la cobertura de continuación por COBRA dura un máximo de 18 meses. Hay tres formas en las cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación amparada por COBRA se puede extender.

**Extensión por discapacidad:** Si la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) determina que usted o alguno de su familia que esté cubierto por el Plan está discapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura de continuación amparada por COBRA, usted y toda su familia pueden recibir hasta 11 meses más de cobertura de continuación amparada por COBRA, hasta un máximo total de 29

meses. Debe asegurarse de que se notifique al Administrador del Plan por escrito respecto a la determinación de la Administración del Seguro Social en un plazo no mayor de 60 días después de la fecha de la determinación y antes del final del período de 18 meses de la cobertura de continuación amparada por COBRA.

**Segunda extensión del suceso calificado:** Si su familia experimenta otro suceso calificado mientras recibe la cobertura de continuación amparada por COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden obtener meses adicionales de la cobertura de continuación amparada por COBRA, hasta un máximo de cobertura de 36 meses en total. Esta extensión está disponible al cónyuge y los hijos dependientes si el antiguo empleado muere o se divorcia. La extensión también está disponible a un hijo dependiente cuando ese hijo deja de calificar para el Plan como hijo dependiente. En todos estos casos, usted debe asegurarse de que se notifique al Administrador del Plan por escrito del segundo suceso calificado en un plazo no mayor de 60 días a partir del mismo. Con respecto a un segundo suceso calificado, debe seguir los procedimientos de notificación que se describieron anteriormente. En caso de divorcio, su aviso debe incluir una copia del decreto de divorcio. Si no se da aviso por escrito al Administrador del Plan en el plazo requerido de 60 días, no habrá extensión de la cobertura de continuación amparada por COBRA debido a un segundo suceso calificado.

**Extensión de Medicare para el cónyuge y los hijos dependientes:** Si el suceso calificado es la terminación del empleo o una reducción de las horas y ocurre dentro de un plazo de 18 meses posteriores a que el empleado empieza a tener derecho a Medicare, el período máximo de cobertura para el cónyuge y los hijos dependientes terminará tres años después de la fecha en que el empleado empezó a tener derecho a Medicare.

**Hijos recién nacidos o adoptados:** Un hijo nacido, adoptado o dado en adopción a un empleado cubierto durante un período de cobertura de continuación se considera beneficiario calificado siempre que el empleado cubierto haya elegido la cobertura de continuación para él o ella. La cobertura de COBRA del hijo comienza cuando se le inscriba en el Plan a través de la inscripción especial, y dura todo el tiempo que dure la cobertura de COBRA para otros miembros de la familia del empleado. Para inscribirse en el Plan, el hijo debe reunir los requisitos del Plan que correspondan.

**Beneficiario alternativo amparado por una Orden Médica Calificada de Manutención de un Hijo (Qualified Medical Child Support Order, QMCSO):** Un hijo que esté recibiendo beneficios del Plan de conformidad con una QMCSO recibida por el Administrador del Plan durante el período de empleo del empleado cubierto tiene los mismos derechos que otorga COBRA como hijo dependiente del empleado cubierto, independientemente de si el hijo se consideraría o no dependiente.

**Si tiene preguntas:** Si tiene preguntas acerca de su cobertura de continuación amparada por COBRA, debe ponerse en contacto con su Administrador del Plan o puede ponerse en contacto con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador (Employee Benefits Security Administration, EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor). Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio Web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa).

**Mantenga al Administrador del Plan informado de los cambios de direcciones:** Con el propósito de proteger los derechos de su familia, usted debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio que se produzca en las direcciones de los miembros de la familia. También debe mantener una copia, para sus archivos, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

**Nombres, direcciones y números de teléfono:**

Nombre del Administrador del Plan: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Administrador de COBRA (si es diferente del Administrador del Plan): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_