



## Prince William County

### GENERAL NOTICE OF COBRA CONTINUATION COVERAGE RIGHTS

**\*\*Derechos de la cobertura de continuación conforme a la ley COBRA\*\***

#### Introducción

Le enviamos este aviso porque recientemente obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (Anthem or Kaiser). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, el momento en el que usted y su familia pueden recibirla, y lo que usted puede hacer para proteger su derecho a obtenerla. Al ser elegible para la cobertura de COBRA, también puede ser elegible para otras opciones que pueden costarle menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a recibir la cobertura de continuación de COBRA se originó gracias a una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985. Usted y otros familiares suyos pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando se termine la cobertura de salud grupal. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones conforme al Plan y a la ley federal, debe revisar el resumen de la descripción del Plan o comunicarse con el administrador del Plan.

Al perder la cobertura de salud grupal, puede haber otras opciones disponibles. Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros médicos. (Mas informacion disponible en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)). Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros médicos, puede cumplir con los requisitos para tener menores costos en las primas mensuales y gastos propios más bajos. Asimismo, puede tener derecho a un período de inscripción especial de 30 días en otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan del cónyuge), aunque ese plan generalmente no acepte afiliados de último momento.

#### ¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación de la cobertura del Plan cuando esta debería terminar debido a un evento determinado de la vida. Este acontecimiento también se conoce como "evento específico". Los eventos específicos se incluyen más abajo en este aviso. Después de un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA debe ofrecerse a cada persona considerada un "beneficiario que cumple con los requisitos". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios que cumplan con los requisitos si la cobertura del Plan se pierde debido al evento específico. Según el Plan, beneficiarios calificados que eligen COBRA la cobertura de continuación debe pagar la cobertura de continuación de COBRA, que es el 100% del costo total de la prima.

Si usted es un empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- sus horas de empleo se reducen; o
- su empleo termina por un motivo que no sea una falta grave de su parte.

Si usted es el cónyuge del empleado, se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos si pierde la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- su cónyuge muere;
- las horas de empleo de su cónyuge se reducen;
- el empleo de su cónyuge termina por un motivo que no sea una falta grave por parte de su cónyuge;
- su cónyuge adquiere el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si pierden la cobertura del Plan debido a estos eventos específicos:

- el empleado cubierto muere;
- las horas de empleo del empleado cubierto se reducen;
- el empleo del empleado cubierto termina por un motivo que no sea una falta grave por parte del empleado cubierto;
- el empleado cubierto adquiere el derecho a recibir 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".

A veces, presentar una solicitud de declaración de quiebra conforme al Título 11 del Código de Estados Unidos puede ser un evento habilitante. Si se presenta una solicitud de declaración de quiebra con respecto a Prince William County Government y esa quiebra causa la pérdida de la cobertura de cualquier empleado jubilado cubierto por el Plan, el empleado jubilado se convertirá en un beneficiario que cumple con los requisitos. El cónyuge del empleado jubilado, el cónyuge sobreviviente y los hijos dependientes también se convertirán en beneficiarios que cumplen con los requisitos si la quiebra causa la pérdida de la cobertura del Plan.

### **¿Cuándo está disponible la cobertura de continuación de COBRA?**

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios que cumplan con los requisitos solamente después de que se le informe al administrador del Plan que ha ocurrido un evento específico. El empleador debe notificar los siguientes eventos (en los 30 días) habilitantes al administrador del Plan:

- la terminación del empleo o la reducción de las horas de empleo;
- la muerte del empleado;
- el inicio de una solicitud de declaración de quiebra con osteri al empleador 😊; o
- el hecho de que el empleado adquiriera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

*Para todos los otros eventos específicos (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge, o hijo dependiente que pierde la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe avisarle al administrador del Plan en los 60 días osteriors a que se produzca el evento habilitante. Debe proporcionar este aviso a: Prince William County Human Recursos, incluidos documentos de selección y un cheque anulado para el débito directo de las primas adeudadas.*

### **¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?**

Después de que el administrador del Plan recibe el aviso de que se ha producido un evento específico, la cobertura de continuación de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios que cumplan con los

requisitos. Cada beneficiario que cumpla con los requisitos tendrá su propio derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de su cónyuge y los padres pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es la continuación temporal de la cobertura debido a la terminación del empleo o a la reducción de las horas de trabajo, y en general dura 18 meses. Determinados eventos específicos, o un segundo evento específico durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que el beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay otros motivos por los cuales este período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA puede prolongarse:

#### Extensión por discapacidad del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si el Seguro Social determina que usted o alguien de su familia que esté cubierto por el Plan tiene una discapacidad y usted le avisa al egundo al administrador del Plan en el plazo correspondiente, usted y toda su familia pueden recibir una extensión adicional de hasta 11 meses de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 29 meses. La discapacidad debe haber comenzado en algún momento antes de los 60 días de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA. Aviso para continuar bajo COBRA debe ser enviado dentro de los 60 días a Recursos Humanos del Condado de Prince William.

#### Extensión por un egundo evento específico del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA

Si su familia sufre otro evento específico durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden recibir hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se le avisa al Plan como corresponde acerca del segundo evento específico. Esta extensión puede estar disponible para el cónyuge y cualquier hijo dependiente que reciba la cobertura de continuación de COBRA en el caso de que el empleado o ex empleado muera, adquiera el derecho a recibir los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas), se divorcie o se separe legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible en el Plan como hijo dependiente. Esta extensión solo está disponible en el caso de que el segundo evento específico hubiese hecho que el cónyuge o el hijo dependiente pierda la cobertura del Plan si no se hubiese producido el primer evento específico.

#### **¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?**

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA. Puede encontrar más información sobre muchas de estas opciones en [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov). ¿Puedo inscribirme en Medicare, en caso de ser elegible, después de que finalice la cobertura de mi plan de salud colectivo?

En general, después del período de inscripción inicial, hay un período de inscripción especial de 8 meses<sup>[1]</sup> para inscribirse en Medicare Parte A o B, que comienza cuando ocurre lo primero de lo siguiente:

- El mes posterior a la finalización del empleo.
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud colectivo basada en el empleo actual.

Si elige la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) y desea inscribirse en Medicare Parte B después de que finalice su cobertura de continuación, es posible que tenga que pagar una penalidad por inscripción tardía. Si se inscribe inicialmente en Medicare Parte A o B después de elegir la cobertura de continuación COBRA, el plan puede terminar su cobertura de continuación (sin embargo, si Medicare Parte A o B entra en vigencia en la fecha de la elección de COBRA o antes de esta fecha, la cobertura de COBRA no se puede discontinuar debido al derecho a Medicare, incluso si la persona se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura de COBRA).

Si está inscrito tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será generalmente el pagador principal. Es posible que algunos planes “disminuyan” el monto que Medicare pagaría en caso de ser el pagador principal, incluso si usted no está inscrito.

Para obtener más información, visite [www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)

### **Si tiene preguntas**

Las preguntas acerca de su Plan o de sus derechos a recibir la cobertura de continuación de COBRA deben enviarse al contacto o los contactos identificados abajo. Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en su área, o visite [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y los números de teléfono de las oficinas regionales y de distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información acerca del mercado de seguros médicos, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

### **Informe a su plan si cambia de dirección**

Para proteger los derechos de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia, para su registro, de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

### **Información de contacto del Plan**

Prince William County Human Resources  
1 County Complex Court  
Woodbridge, VA 22192  
hrbenefitsteam@pwcgov.org  
(703) 792-6640

---

<sup>[1]</sup>[www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-period](http://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-period).