

UnitedHealthcare  
P.O. Box 1747  
Brookfield, WI 53008  
www.uhcservices.com  
Phone: (877) 797-7475

Date Printed:

**General Notice of COBRA Continuation Coverage**  
**\*\* Continuation Coverage Rights Under COBRA\*\***

You are receiving this notice because you, your spouse, and/or dependents, if any, have recently become covered under the group health plan for the following employer:

This notice contains important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice generally explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect the right to receive it.**

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you when you would otherwise lose your group health coverage. It can also become available to other members of your family who are covered under the Plan when they would otherwise lose their group health coverage. For additional information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

This notice is intended to inform you of your rights and obligations under provisions of the COBRA law if you, your spouse and/or eligible dependents, if any, lose coverage due to a COBRA qualifying event in the future. Enclosed you will find a copy of your "Notice of Right to Elect COBRA Continuation Coverage". It is important that you, your spouse and/or eligible dependents, if any, are aware of and understand your rights under COBRA. Please share this information with any family members that are covered under the employer's group benefit plan(s).

We have also enclosed a copy of the "Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) Notice" so you are also aware of your rights and obligations under the HIPAA law.

Once again, this notice is for **informational purposes only**. Your benefits through your employer have not been terminated or affected in any way.

UnitedHealthcare  
P.O. Box 1747  
Brookfield, WI 53008  
[www.uhcservices.com](http://www.uhcservices.com)

Phone: (877) 797-7475  
Fax: (800) 324-3195  
[cobraservices@uhcservices.com](mailto:cobraservices@uhcservices.com)

## NOTICE OF RIGHT TO ELECT COBRA CONTINUATION COVERAGE

### What is COBRA Continuation Coverage?

On April 7, 1986, a federal law was enacted (Public Law 99-272, Title X) requiring that most employers sponsoring group health plans offer employees and their families the opportunity for a temporary extension of health coverage (called "continuation coverage") at group rates in certain instances where coverage under the plan would otherwise end. This notice is intended to inform you, in a summary fashion, of your rights and obligations under the continuation coverage provisions of the law. You, your spouse and dependent children, if any, should all take the time to read the entire notice carefully.

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when coverage would otherwise end because of a life event known as a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you are an employee, you will become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because either one of the following qualifying events happens:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you are the spouse of an employee, you will become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because any of the following qualifying events happens:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because any of the following qualifying events happens:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the plan as a "dependent child."

\*If a covered child of the employee is enrolled in the plan pursuant to a qualified medical child support order (QMCSO) during the employee's period of employment, he or she is entitled to the same rights under COBRA as if he or she were the employee's dependent.

### How is COBRA Coverage Provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage. When the qualifying event is the death of the employee, the employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both), your divorce or legal separation, or a dependent child's losing eligibility as a dependent child, COBRA continuation coverage lasts for up to a total of 36 months. When the qualifying event is the end of employment or reduction of the employee's hours of employment, and the employee became entitled to Medicare benefits less than 18 months before the qualifying event, COBRA continuation coverage for qualified beneficiaries other than the employee lasts until 36 months after the date of Medicare entitlement. For example, if a covered employee becomes entitled to Medicare 8 months before the date on which his employment terminates, COBRA continuation coverage for his spouse and children can last up to 36 months after the date of Medicare entitlement, which is equal to 28 months after the date of the qualifying event (36 months minus 8 months). Otherwise, when the qualifying event is the end of employment or reduction of the employee's hours of employment, COBRA continuation coverage generally lasts for only up to a total of 18 months. There are two ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended.

**Your Election Rights:** When the Plan Administrator or designated Plan Service Provider is notified that one of these events has happened, they will in turn notify you that you have the right to choose continuation coverage. Under the law, you have at least 60 days from the date you would lose coverage (because of one of the events described above) to inform the Plan Administrator or the designated Plan Service Provider that you want continuation coverage. If you do not choose continuation coverage in a timely manner, your group health insurance coverage will end.

**Coverage Rights:** If you choose continuation coverage, the Plan is required to give you coverage which, as of the time coverage is being provided, is identical to the coverage provided under the plan to similarly situated employees or family members. Each covered person will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

**Maximum Period of Coverage:** The law requires that you be afforded the opportunity to maintain continuation coverage for 36 months unless you lost group health coverage because of a termination of employment (for reasons other than gross misconduct) or reduction in hours. In that case, the required continuation coverage period is 18 months. These 18 months may be extended for affected individuals to 36 months from termination of employment if other events (such as a death, divorce, legal separation, or Medicare entitlement) occur during that 18-month period. In no event will continuation coverage last beyond 36 months from the date of the event that originally made a qualified beneficiary eligible to elect coverage.

**Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage:** If your family experiences another qualifying event while receiving 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if notice of the second qualifying event is properly given to the Plan. This extension may be available to the spouse and any dependent children receiving continuation coverage if the employee or former employee dies, becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both), or gets divorced or legally separated, or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child, but only if the event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

**Disability:** The 18 months may be extended to 29 months if a qualified beneficiary is determined by the Social Security Administration to be disabled (for Social Security disability purposes) at any time during the first 60 days of

COBRA coverage. This 11-month extension is available to all individuals who are qualified beneficiaries due to a termination or reduction in hours of employment.

To benefit from this extension, a qualified beneficiary must notify the Plan Administrator or designated Plan Service Provider of the disability determination on or before 60 days from the COBRA start date, and before the end of the original 18-month period. . If you do not notify the Plan Administrator or the designated Plan Service Provider within the required period of time, you may lose your right to the extension.

The affected individual must also notify the Plan Administrator or designated Plan Service Provider within 30 days of any final disability determination that the individual is no longer disabled. Coverage will end on the first of the month, following at least 30 days after the date of the Social Security final disability determination letter.

**California State Residence:** Under California law, you may be eligible for a State mandated extension of benefits after your federally mandated COBRA period expires. California State laws allow an extension of COBRA benefits to a total of 36 months from the date of your qualifying event to Qualified Beneficiaries who begin COBRA coverage on or after January 1, 2003. You will be notified of this extension at the conclusion of your original COBRA coverage.

**Flexible Spending Account or Medical Reimbursement Account:** If you are participating in the company's Flexible Spending Account or Medical Reimbursement Account at the time of your termination or reduction of hours, you may also have the right to continue participation under COBRA based on the following parameters:

1. You will be allowed to continue coverage for the remainder of the current plan year if you have a balance remaining in your account at the time of your termination or reduction in hours;
2. You will not be able to receive reimbursements in excess of your original election amount in the account; and
3. You make monthly payments in the same amount as your regular payroll deductions while you were an active employee.

**You Must Give Notice of Some Qualifying Events:** Under the law, the employee or a family member has the obligation to inform the Plan Administrator or the designated Plan Service Provider, at the address on this form, of a divorce, legal separation, or a child losing dependent status within 60 days of the date of the event. The employer has the responsibility to notify the Plan Administrator or designated Plan Service Provider of the employee's death, termination, reduction in hours of employment or Medicare entitlement. Similar rights may apply to certain retirees, spouses, and dependent children if your employer commences a bankruptcy proceeding and these individuals lose coverage. If you fail to notify the Plan Administrator or the designated Plan Service Provider within 60 days, you may lose your right to continuation coverage.

**Adding Dependents to COBRA Coverage:** A child who is born to or adopted by the covered employee during a period of COBRA coverage will be eligible to become a qualified beneficiary. In accordance with the terms of the Plan and the requirements of federal law, these qualified beneficiaries can be added to COBRA coverage upon proper notification to the Plan Administrator or designated Plan Service Provider of the birth or adoption.

**Expiration of COBRA Coverage:** The law also provides that continuation coverage may be cut short for any of the following five reasons:

1. The company no longer provides group health coverage to any of its employees;
2. The premium for continuation coverage is not paid on time;

3. The qualified beneficiary becomes covered - after the date he or she elects COBRA coverage - under another group health plan that does not contain any exclusion or limitation with respect to any pre-existing condition he or she may have;
4. The qualified beneficiary becomes entitled to Medicare after the date he or she elects COBRA coverage;
5. The qualified beneficiary extends coverage for up to 29 months due to disability and there has been a final determination that the individual is no longer disabled.

**Limits to Pre-Existing Conditions:** The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) restricts the extent to which group health plans may impose pre-existing condition limitations. These rules are generally effective for plan years beginning after June 30, 1997. HIPAA coordinates COBRA's other coverage cut-off rule with these new limits as follow:

If you become covered by another group health plan and that plan contains a pre-existing condition limitation that affects you, your COBRA coverage cannot be terminated. However, if the other plan's pre-existing condition rule does not apply to you by reason of HIPAA's restrictions on pre-existing condition clauses, the Plan may terminate your COBRA coverage.

You do not have to show that you are insurable to choose continuation coverage. However, continuation coverage under COBRA is provided subject to your eligibility for coverage; the Plan Administrator reserves the right to terminate your COBRA coverage retroactively if you are determined to be ineligible.

**Insurance Premiums:** Under the law, you may have to pay all or part of the premium for your continuation coverage. You may also be required to pay a 2% administration fee above the cost of the premiums. If you are disabled, you may be required to pay 150% of the premium during the 11-month extension period.

**Grace Period:** There is a grace period of 30 days for payment of the regularly scheduled premium.

**Conversion Coverage:** At the end of the 18-month, 29-month or 36-month continuation coverage period, qualified beneficiaries may be allowed to enroll in an individual conversion health plan provided a conversion health plan is available to active employees. Please read your health plan benefits booklet or Summary Plan Description regarding any option for conversion coverage after the expiration of COBRA coverage. If there is an option for conversion to an individual policy, follow the instructions provided to apply for the coverage, as it would be separate coverage, and would not simply be an extension of COBRA coverage.

### **If You Have Questions**

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under ERISA, including COBRA, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit the EBSA website at [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.)

### **Keep Your Plan Informed of Address Changes**

In order to protect your family's rights, you should keep the Plan Administrator informed of any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

## HEALTH INSURANCE PORTABILITY and ACCOUNTABILITY ACT (HIPAA) NOTICE

Federal law requires that group health plans allow certain employees and dependents special enrollment rights when they previously declined coverage and when they have new dependents. This law, the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) also addresses the circumstances under which treatment for medical condition may be excluded from health plan coverage.

The information in this notice is intended to inform you, in a summary fashion, of your rights and obligations under these laws. You, your spouse and any dependents should all take the time to read the entire notice carefully.

**Special Enrollments:** If you decline enrollment for yourself or your dependents (including your spouse) because of having other health insurance coverage at the time of your eligibility to participate, you may enroll yourself or your dependents at a future point, provided that you request enrollment within 30 days after your other coverage ends. In addition, if you have a new dependent as a result of a marriage, birth, adoption or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your dependents, provided that you request enrollment within 30 days of such an event.

Please note that the company group health plan may have a pre-existing condition exclusion period. If you are a late applicant, the pre-existing condition limitation period may be up to 18 months. Check your benefit booklet or Summary Plan Description for details.

The Plan will not treat pregnancy as a pre-existing condition. Additionally, the Plan will not impose any pre-existing condition exclusion or limitation with regard to a child who, as of the last day of the 30-day period beginning with the date of birth, adoption, or placement for adoption, is covered under the Plan or has other creditable coverage.

**Pre-Existing Conditions Limitations:** Under HIPAA, the circumstances under which treatment for medical conditions may be excluded from health plan coverage are limited. Under the law, the length of a pre-existing condition or exclusion must be reduced by your prior health plan coverage. A "pre-existing condition" is defined as an illness, injury or condition which was diagnosed or for which medical advice, care or treatment was recommended or received within the six-month period prior to your enrollment date in the plan, or if the plan has a waiting period, prior to the first day of the waiting period.

**Certificate of Creditable Coverage:** You are entitled to a certificate from your employer, or former employer, that shows evidence of your prior health coverage. HIPAA requires an employer (who may designate a Plan Service Provider) to provide a certificate of creditable coverage to:

1. An individual who is entitled to elect COBRA continuation coverage;
2. An individual who loses coverage under a group health plan and who is not entitled to elect COBRA continuation coverage; and
3. An individual who has elected COBRA continuation coverage and such coverage ends for any reason.

Plans must also provide a certificate of creditable coverage upon request by a plan participant any time within 24 months of a loss of coverage.

**Applying for Reduction of a Pre-Existing Condition Limitation:** The pre-existing condition limitation period will be reduced by creditable coverage you have had under other qualifying health plans, provided you have not experienced a period of more than 63 continuous days during which you were not covered by a health plan, excluding any waiting period for plan coverage.

Qualifying group health plans include: 1) a group health plan; 2) individual health insurance; 3) Medicare; 4) Medicaid; 5) a military-sponsored health care program; 6) a medical care program of the Indian Health Service or of a tribal organization; 7) state health benefits risk pool; 8) a Federal employee health benefit program; 9) a public health plan; or 10) any health plan under section 5(e) of the Peace Corps Act.

Following your submission of a certificate of creditable coverage from your prior group health plan(s), the plan administrator (or the designated Plan Service Provider) will notify you of your pre-existing condition limitation period under the health plan. If you feel that the Plan Administrator erred in determining your period of creditable coverage under another group health plan in arriving at your pre-existing condition limitation period under this plan, you may appeal the determination by making a written request for review to the Plan Administrator within thirty (30) days of notice of your applicable pre-existing condition limitation period under the health plan. Please include with your appeal any evidence you feel should be considered by the Plan Administrator. The Plan Administrator will respond to your request for review within thirty (30) days of receipt of the appeal.

**Obtaining Additional Information:** If you need assistance in determining your rights under ERISA or HIPAA, you may contact your Plan Administrator or the U.S. Department of Labor by writing to the Chicago Regional office at 200 W. Adams Street, Suite 1600, Chicago, IL 60606, or by calling the Department at (312) 353-0900.

If you have any questions about this notice or the law, please contact your Plan Administrator at the number or location provided in your benefits booklet or Summary Plan Description.

Also, if you have changed marital status, or if you, your spouse or any other qualified dependents have changed addresses, please notify your local Human Resources Representative.

**AVISO GENERAL SOBRE LOS DERECHOS A LA CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA DE COBRA  
(Para uso exclusivo de los planes grupales de salud patrocinados por un empleador único)**

**\*\* DERECHOS A LA CONTINUACIÓN DE LA CUBIERTA POR COBRA \*\***

**Introducción**

Usted ha recibido este aviso porque usted, su cónyuge y/o dependientes, recientemente han empezado a ser cubiertos por el plan de grupo de salud bajo (el nombre del cliente). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de la cobertura COBRA, que es una extensión temporal de la cobertura del Plan. **Este aviso brinda generalmente una explicación sobre la continuación de la cobertura de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia y qué debe hacer para proteger el derecho de acceso a la misma.**

El derecho a la continuación de la cobertura de COBRA fue creado mediante una ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA). La continuación de la cobertura de COBRA puede estar disponible para usted cuando, de otro modo, usted perdiera su cobertura grupal de salud. Asimismo, también puede estar disponible para otros miembros de su familia que se encuentran cubiertos por el Plan, y de algún modo, ellos hubieran perdido su cobertura grupal de salud. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones bajo el Plan y en virtud de las leyes federales, debe revisar la Descripción del Resumen del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Esta notificación tiene por objetivo informarle de sus derechos y obligaciones en virtud de la ley COBRA si usted, su cónyuge y / o dependientes elegibles, pierden la cobertura debido algún suceso calificación de COBRA en un futuro. Adjunta se encuentra una copia del "Aviso de derecho a elegir la cobertura de continuación COBRA". Es importante que usted, su cónyuge y / o dependientes elegibles, sean conscientes y comprendan sus derechos bajo COBRA. Por favor comparta esta información con todos los miembros de la familia que están cubiertos bajo los beneficios de plan grupal por medio de su empleador.

También hemos adjuntado una copia del aviso de la " Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA)" para que también usted este consciente de sus derechos y obligaciones en virtud de la ley HIPAA.

Una vez más, este aviso es únicamente para fines informativos. Sus beneficios a través de (el nombre del cliente) no están cancelados o están afectados de ninguna manera.

UnitedHealthcare  
P.O. Box 1747  
Brookfield, WI 53008  
[www.uhcservices.com](http://www.uhcservices.com)

Centro de Llamadas  
Tel: (877)797-7475  
Fax: (800)324-3195  
cobraservices@uhcservices.com



## DERECHOS A LA CONTINUACIÓN DE LA CUBIERTA POR COBRA

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

En Abril 7 de 1986, una ley federal promulgada (Ley Pública 99-272, Título X), que exige que la mayoría de los empleadores patrocinadores de planes de seguro médico de grupo ofrezcan a los empleados y sus familias la oportunidad de una prórroga temporal de la cobertura de salud (llama la continuación de la cobertura ") en ciertos casos con costos de grupo donde en otros casos la cobertura del plan se cancelaría. Este aviso tiene por objeto informarle a usted, de manera resumida, de sus derechos y obligaciones en virtud de la ley de la continuación de cobertura. Usted, su cónyuge e hijos a cargo, si los hubiere, deben tomarse el tiempo para leer toda la notificación cuidadosamente.

La continuación de la cobertura de COBRA es la continuación de cobertura del Plan médico, cuando de otro modo se cancelaría por un suceso de vida conocido como un "suceso de calificación." Sucesos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un suceso de calificado, la continuación de la cobertura de COBRA se debe ofrecer a cada persona que es un "beneficiario calificado." Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si la cobertura bajo el Plan médico se pierde a causa de un suceso calificado. Bajo el Plan, beneficiarios calificados que elijan la continuación de la cobertura de COBRA deben pagar por la continuación de la cobertura COBRA.

Si usted es un empleado, usted se convierte en un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan médico debido a cualquiera de los siguientes sucesos calificadoros:

- Reducción de las horas de trabajo, o
- Terminación de su empleo por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.

Si usted es el (la) cónyuge de un empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura bajo el Plan médico debido a cualquiera de los siguientes sucesos calificadoros:

- Fallecimiento de su cónyuge;
- Reducción de la horas de trabajo de su cónyuge;
- Terminación del empleo de su cónyuge por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.
- Su cónyuge se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes se convierten en beneficiarios calificados si pierden la cobertura bajo el Plan médico debido a la ocurrencia de cualquiera de los siguientes sucesos calificadoros:

- Fallecimiento del padre-empleado;
- Reducción de la horas de trabajo del padre-empleado;
- Terminación del empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea un caso serio de mala conducta.
- El padre-empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B o ambas); o
- Divorcio o separación legal de los padres; o
- El hijo ya no es elegible para la cobertura según el Plan médico en calidad de "hijo dependiente".

\* Si un hijo de un empleado esta inscrito en el plan pide mediante una orden de manutención infantil que se proporcione cobertura médica calificada (QMCSO / qualified medical child support order) del empleado durante el período de empleo, él o ella tiene derecho a los mismos derechos bajo COBRA como si él o ella fuera dependiente del empleado.

## **¿Cómo se brinda la cobertura de COBRA?**

Una vez que el Administrador del Plan recibe aviso de que un suceso de calificado se ha ocurrido, la continuación de la cobertura de COBRA se ofrecerá a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá derecho independiente de elegir la continuación de la cobertura COBRA. Empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de la cobertura de COBRA constituye una continuación temporal de la cobertura. Cuando el suceso calificado es el fallecimiento de un empleado, el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare (según la Parte A, Parte B, o ambas), su divorcio o separación legal o la pérdida de elegibilidad de un hijo dependiente en calidad de hijo dependiente, la continuación de la cobertura de COBRA es por un periodo máximo de 36 meses. Cuando el suceso calificador es el término del empleo o la reducción de las horas de trabajo del empleado, y el empleado se hace acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes de ocurrir el suceso calificador, la continuación de la cobertura COBRA para los beneficiarios calificados que no sea el empleado se prolonga hasta 36 meses después de la fecha de la acreditación en Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto se hace acreedor a Medicare 8 meses antes de la fecha de término de su empleo, la continuación de la cobertura de COBRA para su cónyuge e hijos puede prolongarse hasta 36 meses a partir de la fecha de acreditación en Medicare, lo que equivale a 28 meses después de la fecha de ocurrir el suceso calificador (36 meses menos 8 meses). Por otro lado, cuando el suceso calificador es el término del empleo o la reducción de horas de trabajo del empleado, la continuación de la cobertura de COBRA generalmente sólo tiene una duración máxima de 18 meses. Existen dos formas de ampliar un periodo de 18 meses la continuación de la cobertura de COBRA.

**Su Derechos de Elección:** Cuando el Administrador del Plan o Proveedor designado del Servicio del Plan es notificado de que uno de estos sucesos ha sucedido, a su vez ellos le notificaran de su derecho a elegir la continuación de la cobertura. Según la ley, usted tiene por lo menos 60 días a partir de la fecha en la que se pierde la cobertura (debido a uno de los sucesos descritos anteriormente) para informar al Administrador del Plan o Proveedor designado del Servicio del Plan de que desea continuar con la cobertura. Si usted no elige la continuación de la cobertura en el momento oportuno, su cobertura de salud de grupo se cancelará.

**Derechos de Cobertura:** Si elige la continuación de la cobertura, el Plan está obligado a darle una cobertura que, que al tiempo que se le brinda la cobertura, es idéntica a la cobertura brindada bajo el plan en circunstancias similares a los empleados o miembros de la familia. Cada persona tendrá derecho independiente a la elección de la continuación de la cobertura COBRA. Empleados cubiertos pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de la cobertura de COBRA en nombre de sus hijos.

**Período máximo de la Cobertura:** La ley requiere que se le brinda la oportunidad de mantener la continuación de la cobertura por 36 meses a menos que usted pierde la cobertura de salud debido a la terminación del empleo (por motivos distintos de falta grave) o reducción de horas. En ese caso, la continuación de la cobertura brindada será de 18 meses. Estos 18 meses podrá ser prorrogado para los individuos afectados a 36 meses a partir de la terminación del empleo si otros sucesos que se producen durante el período de 18 meses (como una muerte, el divorcio, la separación legal, o el derecho de Medicare). En ningún caso la continuación de cobertura durara más allá de 36 meses a partir de la fecha del suceso que originalmente califico al beneficiario al derecho a la elección de la cobertura.

**Segundo suceso calificado de extensión de 18 meses de la continuación de la cobertura:** Si su familia pasa por otro suceso calificado mientras recibe los 18 meses de la continuación de la cobertura COBRA, el cónyuge e hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de la continuación de la cobertura de COBRA, por un máximo de 36 meses, si la notificación de el segundo suceso clasificado es dado al Plan apropiadamente. Esta

extensión puede estar disponible para el cónyuge y los hijos dependientes que reciben la continuación de la cobertura si el empleado o ex empleado fallece, es acreditado a Medicare (en la Parte A, Parte B, o en ambos), o se divorcia o se separa legalmente, o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan, pero sólo si el suceso habría causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura bajo el Plan si el primer suceso calificado no hubiese ocurrido.

**Discapacidad:** Los 18 meses podrán ser extendidos a 29 meses si un beneficiario calificado es determinado por la Administración del Seguro Social de ser discapacitado (para fines de discapacidad del Seguro Social) en cualquier momento durante los primeros 60 días de la cobertura de COBRA. Esta extensión de 11 meses está disponible a todas las personas que son beneficiarios calificados debido a la terminación o reducción de las horas de trabajo. Para beneficiarse de esta extensión, un beneficiario calificado deberá notificar al Administrador del Plan o el Proveedor de Servicios del Plan de la determinación de discapacidad en o antes de 60 días a partir de la fecha de inicio de COBRA, y antes de finales de los 18 meses. . En caso de no notificar al Administrador del Plan o el Proveedor de Servicios del Plan dentro del período de tiempo, usted puede perder su derecho a la extensión.

El individuo afectado debe notificar al Administrador del Plan o el Proveedor de Servicios del Plan dentro de los 30 días de cualquier determinación final de que la persona ya no está inhabilitado. La cobertura se cancelara en el primer día del mes, después de por lo menos 30 días después de la fecha de la carta de determinación del Seguro Social.

**Residentes del Estado de California:** Bajo la ley de California, usted puede ser elegible para una extensión mandataria del Estado después de los beneficios mandatarios federales después de que el periodo COBRA expire. Las leyes del Estado de California permiten una extensión de los beneficios de COBRA a un total de 36 meses desde la fecha de su clasificación a los beneficiarios cualificados que inician la cobertura de COBRA en o después del 1 de enero de 2003. Usted será notificado de esta extensión en la conclusión de su cobertura original de COBRA.

**Cuenta de Gasto Flexible o Cuenta de Reembolso Médico:** Si usted está participando en la Cuenta de Gasto Flexible o Cuenta de Reembolso Médico de la empresa en el momento de su terminación o reducción de horas, es posible que también tenga el derecho de continuar la participación bajo COBRA en base a los siguientes parámetros:

1. Se le permitirá a continuar la cobertura para el resto del año si usted tiene un saldo en su cuenta en el momento de su terminación o la reducción en horas.
2. Usted no podrá recibir el reembolso en exceso a la cantidad de su elección original en la cuenta; y
3. Usted hará pagos mensuales de la misma cantidad que de sus deducciones de nómina mientras que usted era un empleado activo.

**Usted Debe Dar Aviso de Algunos Sucesos Calificados:** Bajo la ley, el empleado o un miembro de la familia tiene la obligación de informar al Administrador del Plan o el Proveedor Designado de Servicios del Plan, a la dirección en esta forma, de un divorcio, la separación legal, o un hijo que pierde su condición de dependientes dentro de los 60 días siguientes a la fecha del evento. El empleador tiene la responsabilidad de notificar al Administrador del Plan o Proveedor de Servicios del Plan de la muerte del empleado, la terminación, la reducción de horas de trabajo o la acreditación de Medicare. Derechos similares pueden aplicarse a determinados jubilados, cónyuges, hijos dependientes si su empleador comienza un procedimiento de bancarrota estas personas pierden su cobertura. Si no notifica al Administrador del Plan o el Proveedor Designado de Servicios del Plan dentro de los 60 días, usted puede perder su derecho a la continuación de la cobertura.

**Adición de dependientes a la cobertura de COBRA:** Un niño que nace o es adoptado por el empleado durante el período de cobertura de COBRA será elegible ha ser un beneficiario cualificado. En conformidad con los términos del plan y los requisitos de la ley federal, los beneficiarios calificados se pueden agregar a la cobertura de COBRA

dada la debida notificación al Administrador del Plan o Proveedor Designado de Servicios del Plan del nacimiento o la adopción.

**Expiración de la cobertura de COBRA:** La ley también establece que la continuación de la cobertura puede ser acortada por alguna de las siguientes cinco razones:

1. La empresa ya no ofrece cobertura de salud a ninguno de sus empleados;
2. El costo de la continuación de cobertura no se paga a tiempo;
3. El beneficiario calificado es cubierto - después de la fecha que él o ella elige la cobertura de COBRA - bajo otro plan de salud grupal que no contiene ninguna exclusión o limitación con respecto a una condición preexistente que él o ella pueda tener;
4. El beneficiario calificado es acreditado a Medicare después de la fecha que él o ella elige la cobertura de COBRA;
5. El beneficiario calificado extiende la cobertura por hasta 29 meses debido a una incapacidad y ha habido una determinación final que la persona ya no está inhabilitado.

**Límites a las condiciones preexistentes:** La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA), limita el grado en que los planes de salud de grupo puede imponer limitaciones de condición preexistente. Estas normas son por lo general eficaces para los años del plan a partir 30 de junio de 1997. HIPAA coordina la regla de terminación de la otra cobertura de COBRA con estos nuevos límites de la siguiente manera:

Si es cubierto por otro plan de salud de grupo y el plan contiene una limitación de condición preexistente que le afecta a usted, su cobertura de COBRA no puede ser cancelada. Sin embargo, si la regla de limitación de condición preexistente no le aplica usted por alguna razón de las cláusulas de restricciones de HIPAA de condición preexistente, el Plan puede cancelar su cobertura de COBRA.

Usted no tiene que demostrar que usted es asegurable para elegir la continuación de la cobertura. Sin embargo, la continuación de la cobertura bajo COBRA se proporciona sujeto a su elegibilidad para la cobertura; el Administrador del Plan se reserva el derecho de cancelar su cobertura de COBRA con carácter retroactivo si se determina que usted es inelegible.

**Los Costos del Seguro:** Según la ley, usted podría tener que pagar la totalidad o parte del costo de la continuación de la cobertura. También puede ser obligado a pagar un 2% de tarifa de administración por encima del costo. Si usted es discapacitado, puede ser obligado a pagar el 150% del costo durante los 11 meses de período de extensión.

**Prorroga de Pago:** Hay un período de prórroga de 30 días para el pago de la cuota habitual del mes.

**Conversión de Cobertura:** A finales de los 18 meses, 29 meses o 36 meses de período de la continuación de la cobertura, los beneficiarios calificados pueden ser autorizados a inscribirse en un plan de salud individual de conversión dado que el plan de conversión de la salud este a disponible a los empleados activo. Por favor lea su folleto de Resumen de Descripción del Plan de Beneficios con respecto a cualquier opción para la conversión de cobertura después de la expiración de la cobertura de COBRA. Si hay una opción para la conversión a una póliza individual, siga las instrucciones que se ofrecen para solicitar la cobertura, ya que sería la cobertura por separado, y no es simplemente una extensión de la cobertura de COBRA.

## **Si tiene preguntas**

Las preguntas referentes a su Plan o a sus derechos a la continuación de la cobertura de COBRA deben dirigirse al contacto o contactos que se describen más adelante. Para obtener mayor información sobre sus derechos en virtud de ERISA, incluyendo COBRA, Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico (HIPAA), y otras leyes que

afectan los planes grupales de salud, comuníquese con la oficina regional o de Distrito más cercana del Departamento de Administración para la Seguridad de los Beneficios del Trabajador de los Estados Unidos (EBSA) de su área o visite el sitio web de EBSA en [www.dol.gov/ebsa](http://www.dol.gov/ebsa). (Las direcciones y números telefónicos de las oficinas regionales y de distrito de EBSA se encuentran disponibles a través del sitio web de EBSA.)

### **Mantenga informado al Plan sobre los cambios de dirección**

A fin de proteger sus derechos y los de su familia, debe mantener informado al Administrador del Plan de cualquier cambio de su dirección o la de los miembros de su familia. Asimismo, debe mantener una copia, para su archivo personal, de cualquier aviso que le envíe al Administrador del Plan.

### **NOTIFICACION DE LA LEY DE PORTABILIDAD y RESPONSABILIDAD DE SEGURO MEDICO (HIPAA)**

La ley federal requiere que los planes de salud de grupo permitan ciertos empleados y dependientes a derechos de inscripción especial cuando se le han negado cobertura y cuando tengan nuevos dependientes. Esta ley, Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Medico (HIPAA) también se ocupa de las circunstancias en las que el tratamiento para la condición médica podrá ser excluido de la cobertura del plan de salud.

La información de esta nota es informarle a usted, de manera resumida, de sus derechos y obligaciones en virtud de estas leyes. Usted, su cónyuge y los dependientes deben darse tiempo para leer la notificación cuidadosamente.

**Matrículas Especiales:** Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) a causa de tener otro seguro de salud de cobertura en el momento de su elegibilidad para participar, puede inscribirse usted mismo o sus dependientes en un punto futuro, a condición de que usted solicite la inscripción dentro de los 30 días después de su otra cobertura termine. Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted puede inscribirse y sus dependientes, siempre y cuando usted solicite la inscripción dentro de los 30 días de tal evento.

Por favor tenga en cuenta que la empresa del plan de salud de grupo puede tener un período de exclusión de condición preexistente. Si usted es un solicitante tardío, el periodo de limitación de condición preexistente puede ser de hasta 18 meses. Consulte su folleto de Resumen de Descripción del Plan de Beneficios para obtener más información.

El Plan no trata el embarazo como una condición preexistente. Además, el Plan no se impone ninguna exclusión o limitación de condición preexistente con respecto a un niño que, en el último día del período de 30 días a partir de la fecha de nacimiento, adopción o colocación para su adopción, es cubierto por los el Plan o tiene otro cobertura acreditable.

**Limitaciones de Condiciones Preexistente:** En virtud de la ley HIPAA, las circunstancias en las que el tratamiento de condiciones médicas podrán ser excluidos de la cobertura del plan de salud son limitados. Conforme a la ley, la duración de una condición preexistente o exclusión debe reducirse por su plan de cobertura de salud anterior. Una "condición preexistente" se define como una enfermedad, lesión o condición que se le diagnosticó o que recibió consejo médico, la atención o el tratamiento fue recomendado o recibido en el período de seis meses anterior a la fecha de su inscripción en el plan, o si el Plan tiene un período de espera, antes del primer día del período de espera.

**Certificado de Cobertura Acreditable:** Usted tiene derecho a un certificado de su empleador, o ex empleador, que muestra evidencia de su cobertura de salud anterior. HIPAA requiere que un empleador (que podrá designar a el Proveedor de Servicio del Plan) para proporcionar un certificado de cobertura acreditable a:

1. Una persona que tiene derecho a elegir la continuación de la cobertura COBRA;
2. Una persona que pierde la cobertura bajo un plan de salud de grupo y que no tiene derecho a la elección de la continuación de la cobertura COBRA, y
3. Una persona que ha elegido la continuación de la cobertura de COBRA y esa cobertura termina por cualquier motivo.

Los planes también deberán presentar un certificado de cobertura acreditable a petición de un plan participante en cualquier momento dentro de los 24 meses de la pérdida de cobertura.

**Solicitud de Reducción de una Limitación de una Condición Preexistente:** El periodo de limitación de una condición preexistente se reducirá mediante una cobertura acreditable que ha tenido bajo otros planes de salud calificados, siempre que no haya pasado un período de más de 63 días continuos durante los cuales no le fueron cubiertos por un plan de salud, con exclusión de cualquier período de espera para el plan de cobertura.

Planes de Salud de Grupo Calificados incluyen: 1) un plan de salud de grupo, 2) seguro de salud individual, 3) de Medicare, 4) Medicaid; 5) un programa de atención médica patrocinado por las fuerzas armadas, 6) un programa de atención médica de los Servicios de Salud India o de la organización tribal; 7) beneficios de riesgo de salud mediante el estado; 8) un programa de beneficios de salud de empleados federales, 9) un plan de salud pública, o 10) cualquier plan de salud en la sección 5 (e) de la Ley del Cuerpo de Paz.

Tras usted proporcionar el certificado de cobertura acreditable de su plan de salud de grupo(s) previo, el administrador del plan (o el Proveedor designado del Plan de Servicios) le notificará del plazo de limitación de su condición preexistente bajo el plan de salud. Si usted cree que el Administrador del Plan erró en la determinación de su período de cobertura acreditable en virtud de otro plan de salud de grupo para llegar al plazo de su condición preexistente bajo este plan, usted puede apelar la decisión al hacer una petición por escrito para su revisión al Administrador del Plan dentro de los treinta (30) días siguientes a la notificación del plazo aplicable a su condición preexistente bajo el plan de salud. Por favor, incluya con su apelación cualquier evidencia que usted sienta debe ser considerada por el Administrador del Plan. El Administrador del Plan le responderá a su solicitud de revisión dentro de los treinta (30) días siguientes de haber recibido la apelación.

**Obtener Información Adicional:** Si necesita asistencia en la determinación de sus derechos en virtud de ERISA o HIPAA, puede ponerse en contacto con su Administrador del Plan o el Departamento de Trabajo de los EE. UU. por escrito a la Oficina Regional de Chicago en 200 W. Adams Street, Suite 1600, Chicago, IL 60606 , O llamando al Departamento al (312) 353-0900.

Si tiene alguna pregunta acerca de este aviso o de la ley, por favor, póngase en contacto con su Administrador del Plan en el número o ubicación proporcionada en su folleto de Resumen de Descripción del Plan de Beneficios.

Además, si ha cambiado el estado civil, o si usted, su cónyuge o cualquier otro de sus dependientes calificados han cambiado de dirección, por favor notifique a su representante local de Recursos Humanos.