

Fecha de distribución del formulario:

Fecha de entrada en vigor:

Fecha de vencimiento del período de elección

# Formulario de elección de continuidad de COBRA



## 20 o más empleados

Si desea solicitar la continuidad de la cobertura de COBRA, complete todas las secciones de este formulario y envíeselo a su empleador antes del vencimiento del período de elección.

### SECCIÓN 1 INFORMACIÓN DEL INDIVIDUO QUE CALIFICA

APELLIDO	1ER NOMBRE	IN. 2.º NOM.	N.º DE ID DEL MIEMBRO	N.º DE GRUPO
DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)			N.º DE SEGURO SOCIAL	TELÉFONO DURANTE EL DÍA
FECHA DE NACIMIENTO	SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTERO/A <input type="checkbox"/> CASADO/A <input type="checkbox"/> DIVORCIADO/A <input type="checkbox"/> SEPARADO/A <input type="checkbox"/> VIUDO/A		

### SECCIÓN 2 INFORMACIÓN DEL EVENTO QUE CALIFICA

**Soy elegible para la continuidad de la cobertura médica por los siguientes motivos:**

- Finalización del contrato laboral o reducción de horas
- Empleado cubierto inscrito en Medicare – Fecha del evento: \_\_\_\_\_
- Divorcio o separación legal de un empleado cubierto – Fecha del divorcio o separación legal: \_\_\_\_\_
- El dependiente cubierto ya no cumple con los requisitos de elegibilidad – Fecha del evento: \_\_\_\_\_
- Muerte de un empleado cubierto

¿Alguna persona que esté solicitando la continuidad está cubierta por otro seguro grupal?  Sí  No

Si la respuesta es sí, nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

**Si usted no es el empleado cubierto, proporcione el nombre y el número de ID de miembro del empleado que es el principal en la póliza:**

Nombre: \_\_\_\_\_ N.º de ID de miembro: \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 3 TARIFAS DE CONTINUIDAD DE LA PRIMA

Después de que se inscribe, su empleador debe recibir el pago de cada prima antes del primer día de cada mes por el cual desea continuar la cobertura. Se le concederá un período de gracia de 30 días para el pago de cada prima. Su cobertura se cancelará si su empleador no recibe su prima a tiempo.

	Solo el empleado	Empleado + Familia	Empleado + Cónyuge	Empleado + hijo(s)
<b>Prima médica:</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>Prima médica y dental:</b>	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

### SECCIÓN 4 CONTINUIDAD DE COBERTURA DE DEPENDIENTES

Indique todos los miembros de la familia dependientes que continúan con la cobertura.

APELLIDO	1.ER NOMBRE	IN. 2.º NOM.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RELACIÓN	APELLIDO	1.ER NOMBRE	IN. 2.º NOM.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	RELACIÓN

### SECCIÓN 5 FIRMA DEL INDIVIDUO QUE CALIFICA

La información de salud solicitada o compartida puede estar relacionada con el tratamiento o los servicios realizados por:

- Un médico, odontólogo, farmacéutico u otro profesional de atención de la salud física o conductual;
- Una clínica, hospital, centro de atención a largo plazo u otros centros médicos;
- Cualquier otra institución que proporcione atención, tratamiento, consulta, productos farmacéuticos o suministros, o;
- Una compañía aseguradora o plan de salud grupal.

La información de salud solicitada o compartida puede incluir, entre otros: registros de reclamos, correspondencia, registros médicos, estados de cuenta de facturación, informes de imagenología diagnóstica, informes de laboratorio, registros dentales o registros del hospital (incluyendo registros de enfermería y notas de progreso). Este reconocimiento no aplica a obtener información respecto a las notas de psicoterapia. Para esta información se utilizará una autorización aparte. Para obtener más información sobre dichos usos y divulgaciones, incluso los usos y las divulgaciones que la ley exija, consulte el Aviso de prácticas de privacidad. Se puede obtener una copia en nuestro sitio de internet en **ProvidenceHealthPlan.com** o llamando al servicio de atención al cliente.

A mi leal saber y entender, lo indicado anteriormente es correcto y entiendo que si proporciono información falsa, el Plan de Salud puede recuperar los pagos realizados, cancelar mi membresía y/o negarse a pagar los reclamos. Además, reconozco y comprendo que mi plan de salud puede solicitar o compartir información de salud sobre mí o mis dependientes (personas que están indicadas para los beneficios de la cobertura en la Sección 4 anterior) en ocasiones con el fin de facilitar tratamientos de atención médica, pagos o con el fin de operaciones comerciales necesarias para administrar los beneficios de atención médica; o según lo exija la ley.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN DE DERECHO A CONTINUAR LA COBERTURA DE SALUD GRUPAL

### EVENTOS QUE CALIFICAN Y PERÍODO DE CONTINUIDAD

Los siguientes Eventos que Califican habilitan a los individuos elegibles a continuar la cobertura bajo el plan grupal de su empleador por el período de tiempo indicado a continuación. Cada beneficiario calificado (empleado, cónyuge o hijo dependiente) puede elegir la continuidad de forma conjunta o independiente.

Evento que califica	Período de continuidad
Finalización del contrato laboral del empleado o reducción de horas	El empleado, cónyuge e hijos pueden continuar por un máximo de 18 meses <sup>1</sup>
Divorcio o separación legal del empleado	Cónyuge e hijos pueden continuar por un máximo de 36 meses <sup>2,3</sup>
Elegibilidad del empleado para beneficios de Medicare	Cónyuge e hijos pueden continuar por un máximo de 36 meses
Muerte del empleado	Cónyuge e hijos pueden continuar por un máximo de 36 meses <sup>2,3</sup>
Hijo dependiente cubierto ya no cumple con los requisitos de elegibilidad	El hijo puede continuar por un máximo de 36 meses <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Si la Administración del Seguro Social determina la discapacidad del empleado o un dependiente en los primeros 60 días de la cobertura COBRA, la cobertura puede continuar por un máximo de 29 meses.

<sup>2</sup> El período de continuidad total máximo es 36 meses, incluso si existe un segundo evento que califica. Un segundo evento que califica podría ser un divorcio, la separación, la muerte o que el hijo ya no califique como dependiente después de la finalización del contrato laboral del empleado o la reducción de horas.

<sup>3</sup> Si el cónyuge tiene 55 años de edad o más, la regla del máximo de cobertura de 18-36 meses no aplica. La continuidad de la cobertura seguirá hasta los siguientes eventos, lo que suceda primero: la fecha que el empleador deje de proporcionar la cobertura del plan de salud grupal para todos sus empleados; la fecha en que usted adquiere la cobertura de otro plan de salud grupal que no excluye o limita su tratamiento de condiciones preexistentes (por contraer matrimonio nuevamente o no); la fecha en que adquiere elegibilidad para Medicare; o la fecha en que ya no califica para dicha cobertura de acuerdo con las regulaciones federales de COBRA. **Tenga en cuenta lo siguiente:** Este beneficio prolongado solo se aplica a cónyuges e hijos dependientes que están cubiertos por grupos de empleadores con domicilio en Oregon.

### CUÁNDO TERMINA LA COBERTURA

La continuidad de la cobertura terminará antes de la finalización del período de continuidad indicado anteriormente si ocurre alguno de los siguientes eventos:

- La prima de continuidad no se paga a tiempo;
- Adquiere la cobertura de otro plan de salud grupal que no excluye ni limita el tratamiento de sus condiciones preexistentes;
- Adquiere derecho a los beneficios de Medicare;
- Su grupo interrumpe su plan de salud y ya no ofrece un plan de salud grupal a ninguno de sus empleados; o
- La fecha en que usted ya no califica para dicha cobertura según las regulaciones federales de COBRA.

### TIPO DE COBERTURA

Puede continuar cualquier cobertura que tenía antes del evento que califica. Si su empleador le proporciona cobertura médica y dental y usted estaba inscrito en ambas, puede continuar con ambas coberturas o solo con la cobertura médica. Si su empleador le proporciona un solo tipo de cobertura o si usted estaba inscrito en un solo tipo de cobertura, puede continuar solo esa cobertura.

Su empleador tiene derecho a cambiar los beneficios de su plan de salud o eliminar el plan en su totalidad. Si eso sucede, todos los cambios del plan de salud grupal también se aplicarán a todas las personas inscritas en la continuidad de la cobertura.

### PLAZO DE INSCRIPCIÓN

Para continuar la cobertura, debe enviar de regreso este formulario a su empleador en un plazo de 60 días después de su último día de cobertura de la póliza grupal o la fecha en que vence el período de elección, lo que suceda último. Si su formulario de elección de continuidad no es enviado antes de la finalización del plazo, su cobertura finalizará el último día que usted era elegible en virtud de la póliza de salud grupal.

### COBERTURA DE DEPENDIENTES

Para continuar la cobertura de sus dependientes elegibles, debe indicar los miembros de su familia en la Sección 4 del reverso de este formulario. Si sus dependientes no estaban cubiertos antes del evento que califica, se pueden inscribir ahora o más adelante, dependiendo de las mismas reglas que aplican a los empleados activos (incluyendo las disposiciones sobre las personas que se inscriben de forma tardía).

### PAGOS DE PRIMAS PARA LA CONTINUIDAD DE LA COBERTURA

El costo de la continuidad de la cobertura es su responsabilidad. **Usted debe pagar su prima al empleador antes del primer día de cada mes que quiere la cobertura.** Su empleador incluirá su prima de continuidad con el pago mensual del grupo a Providence Health Plan (PHP). PHP no puede aceptar las primas directamente de usted. Si su prima no es pagada a tiempo, su cobertura finalizará. Si su cobertura se cancela debido a un incumplimiento de pago, no se restablecerá por motivo alguno. Las tasas de la prima se establecen anualmente y se pueden ajustar si cambian los beneficios o costos del plan.