



Una guía para el empleador sobre la continuación de cobertura de salud grupal bajo COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de
Reconciliación Presupuestaria de 1986



Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado

Septiembre de 2004

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA?	2
¿QUIÉN TIENE DERECHO A LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA?	6
PROCEDIMIENTOS DE NOTIFICACIÓN Y ELECCIÓN RESPECTO A COBRA	8
BENEFICIOS BAJO LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	15
DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	16
RESUMEN DE LOS EVENTOS CALIFICATIVOS, BENEFICIARIOS CALIFICADOS Y PERÍODOS MÁXIMOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA	20
CÓMO PAGAR POR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	21
COORDINACIÓN CON OTRAS LEYES RESPECTO A BENEFICIOS FEDERALES	23
PAPEL DEL GOBIERNO FEDERAL	25
RECURSOS	26

INTRODUCCIÓN

El seguro de salud es uno de los beneficios más importantes que los empleadores pueden proporcionarle a sus empleados. Los empleadores que patrocinan planes de salud grupales permiten que sus empleados y sus familias puedan cubrir sus necesidades médicas esenciales, con el fin de que puedan dedicar sus energías al trabajo productivo. Debido a la importancia fundamental que tiene la buena salud, los programas de seguro de salud grupales patrocinados por el empleador benefician a los empleadores, a los empleados y a la sociedad en su totalidad.

La mayoría de los planes de salud grupales patrocinados por el empleador deberán cumplir con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (Employee Retirement Income Security Act o ERISA), una ley federal que establece estándares para proteger los beneficios de los empleados. Una de las protecciones contenida en ERISA es el derecho a la continuación de cobertura bajo COBRA, una continuación temporal de cobertura de salud grupal que de otra manera se perdería debido a eventos de la vida tales como la terminación del empleo, el fallecimiento de un empleado o el divorcio.

Este folleto hace un resumen de la continuación de cobertura bajo COBRA y explica las reglas que son aplicables a los planes de salud grupales. Está diseñada para ayudar a los empleadores que patrocinan planes de salud grupales a cumplir con esta importante ley federal.

¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA?

COBRA

En 1986, el Congreso aprobó las históricas disposiciones respecto a beneficios de salud contenidas en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act o COBRA).¹ La ley modificó la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act o ERISA), el Código de Impuestos Internos (Internal Revenue Code) y la Ley de Servicio de Salud Pública (Public Health Service Act) para exigir que la mayoría de los planes de salud grupales provean una continuación temporal de cobertura de salud grupal que de otra manera podría eliminarse.

Planes de salud grupales sujetos a COBRA

COBRA generalmente es aplicable a todos los planes de salud grupales del sector privado que mantienen los empleadores que cuentan con al menos 20 empleados durante más del 50 por ciento de sus típicos días laborales durante el previo año calendario. Se cuentan tanto los empleados a tiempo completo como a tiempo parcial para determinar si un plan está sujeto a COBRA. Cada empleado a tiempo parcial cuenta como una fracción de un empleado a tiempo completo, siendo esta fracción equivalente al número de horas que trabajó el empleado a tiempo parcial dividido por las horas que deberá trabajar un empleado para considerarlo a tiempo completo.

COBRA también es aplicable a planes patrocinados por gobiernos estatales y locales.² La ley no es aplicable, sin embargo, a planes patrocinados por el gobierno federal o por iglesias y ciertas organizaciones relacionadas con las iglesias.

¹ Las disposiciones originales respecto a la continuación de beneficios de salud estaban contenidas dentro del Título X de COBRA, que fue aprobada como ley (Pub. L. No. 99-272) el 7 de abril de 1986.

² Las disposiciones de COBRA dentro de la Ley de Servicio de Salud Pública que cubren los planes de gobierno estatales y locales son administradas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) bajo las disposiciones de la Ley de Servicio de Salud Pública.

¿Qué es un plan de salud grupal? Es cualquier arreglo que establece o mantiene un empleador para proveerles a los empleados o a sus familias atención médica, ya sea ésta provista a través de un seguro, una organización de mantenimiento de la salud, los bienes del empleador o de cualquier otra forma. Para este propósito, “atención médica” incluye:

- Atención hospitalaria de internación y ambulatoria.
- Atención por parte de un médico.
- Cirugía y otros beneficios médicos mayores.
- Drogas recetadas.
- Atención dental y de la visión.

El seguro de vida no es considerado “atención médica” ni lo son los beneficios por incapacidad, y COBRA no cubre planes que sólo proveen seguro de vida o beneficios por incapacidad.

Los planes de salud grupales cubiertos por COBRA que son patrocinados por empleadores del sector privado generalmente son planes de bienestar bajo ERISA y por lo tanto están sujetos a los demás requerimientos de ERISA. Bajo ERISA, los planes de salud grupales deberán ser administrados por un administrador del plan, a quien normalmente se le nombra en los documentos del plan. Muchos planes de salud grupales son administrados por el empleador que patrocina el plan, pero los planes de salud grupales son a menudo administrados también, en un todo o en parte, por otra persona u organización aparte del empleador, tal como una firma profesional de administración de beneficios. Es la responsabilidad directa del administrador del plan llevar a cabo los requerimientos de COBRA.

La continuación de cobertura bajo COBRA

COBRA exige que los planes de salud grupales ofrezcan continuación de cobertura a empleados cubiertos, antiguos empleados, cónyuges, cónyuges anteriores e hijos dependientes cuando de otra manera perderían su cobertura de salud grupal debido a ciertos eventos

específicos. Aquellos eventos incluyen el fallecimiento de un empleado cubierto, la terminación o reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto por razones que no incluyan grave mala conducta, la elegibilidad de un empleado cubierto para recibir la atención de Medicare, el divorcio o separación legal de un empleado cubierto y su cónyuge y la pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente (y por lo tanto de su cobertura) bajo el plan. COBRA establece reglas acerca de cómo y cuándo deberá ofrecerse y proporcionarse continuación de cobertura, cómo pueden elegir los empleados y sus familias la continuación de cobertura y cuáles circunstancias justifican cancelar la continuación de cobertura.

Los empleadores pueden exigir que los individuos paguen por la continuación de cobertura bajo COBRA. La prima cobrada no puede exceder el costo completo de la cobertura, más un cargo administrativo del 2 por ciento.

Alternativas a la continuación de cobertura bajo COBRA

Aquellas personas con el derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA podrán tener opciones alternativas a la cobertura bajo COBRA. Una opción podría ser la “inscripción especial” en otra cobertura de salud grupal. Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA), de acuerdo a ciertos acontecimientos, se exige que los planes de salud grupales y las emisoras de seguros de salud proporcionen un período de inscripción especial durante el cual los individuos que previamente rehusaron la cobertura para sí mismos y sus dependientes, y que de otra manera son elegibles, podrán inscribirse sin tener que esperar hasta la siguiente temporada de inscripción abierta. Un evento que permite la inscripción especial es la pérdida de elegibilidad de un empleado o dependiente de un empleado para otra cobertura de salud. Por ejemplo, un empleado que pierde su cobertura de salud grupal podría tener derecho a inscribirse en forma especial en el plan de salud de su cónyuge. El empleado o su dependiente deberá solicitar la inscripción especial dentro de los 30 días de la pérdida de cobertura.

Si un empleado o su dependiente, eligiera la cobertura bajo COBRA en lugar de la inscripción especial, el empleado o su dependiente tendría otra oportunidad de solicitar la inscripción especial una vez agotados los beneficios de su cobertura bajo COBRA. Para agotar todos los beneficios de su cobertura bajo COBRA, la persona deberá recibir el período máximo de cobertura disponible bajo COBRA sin cancelación temprana. Para poder inscribirse en forma especial después de agotar su cobertura bajo COBRA, una persona deberá solicitar la inscripción dentro de los 30 días de la pérdida de cobertura bajo COBRA.

Además, los integrantes de una familia podrán ser elegibles para recibir cobertura de seguro de salud a través de varios programas estatales. Para obtener mayor información, comuníquese con su departamento estatal de seguros.

¿QUIÉN TIENE EL DERECHO A LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA?

Se exige que un plan de salud grupal ofrezca continuación de cobertura bajo COBRA sólo a beneficiarios calificados y sólo después de que haya ocurrido un evento calificativo.

Beneficiarios calificados

Un beneficiario calificado es un individuo que estuvo cubierto por un plan de salud grupal el día antes de ocurrir un evento calificativo y que sea un empleado, el cónyuge o previo cónyuge del empleado o el hijo dependiente del empleado. En ciertos casos que involucren la insolvencia del empleador, un empleado jubilado, el cónyuge (o cónyuge anterior) del empleado jubilado y los hijos dependientes del empleado jubilado podrán ser beneficiarios calificados. Además, cualquier niño que un empleado cubierto haya tenido o adoptado durante un período de continuación de cobertura es automáticamente considerado un beneficiario calificado. Agentes, contratistas independientes y directores que participan en el plan de salud grupal también podrán ser beneficiarios calificados.

Eventos calificativos

“Eventos calificativos” son eventos que causan que un individuo pierda su cobertura de salud grupal. El tipo de evento calificativo determina quiénes son los beneficiarios calificados para ese evento y el período de tiempo durante el cual un plan deberá ofrecer continuación de cobertura. COBRA establece sólo los requerimientos mínimos para la continuación de cobertura. Un plan puede siempre elegir proporcionar períodos de continuación de cobertura más largos.

Los siguientes eventos son eventos calificativos para un empleado cubierto si causan que el empleado cubierto pierda la cobertura:

- Terminación del empleo del empleado por cualquier razón que no incluya un caso de “mala conducta grave”.
- Reducción de las horas de trabajo del empleado cubierto.

Los siguientes eventos son eventos calificativos para un cónyuge o hijo dependiente de un empleado cubierto si causan que el cónyuge o hijo dependiente pierdan su cobertura:

- Terminación del empleo del empleado cubierto por cualquier razón que no incluya un caso de “mala conducta grave”.
- Reducción de las horas trabajadas por el empleado cubierto.
- El empleado cubierto se vuelve elegible para recibir los beneficios de Medicare.
- Divorcio o separación legal del cónyuge y el empleado cubierto.
- Fallecimiento del empleado cubierto.

Además de lo enumerado arriba, el siguiente es un evento calificativo para un hijo dependiente de un empleado cubierto si causa que el hijo pierda su cobertura:

- Pérdida de la clasificación de “hijo dependiente” bajo las reglas del plan.

PROCEDIMIENTOS DE NOTIFICACIÓN Y ELECCIÓN RESPECTO A COBRA

Bajo COBRA, los planes de salud grupales deberán proporcionarle a los empleados cubiertos y a sus familias notificaciones específicas con la explicación de sus derechos bajo COBRA. También deberán contar con las reglas acerca de cómo se ofrece la continuación de cobertura bajo COBRA, cómo los beneficiarios calificados pueden elegir la continuación de cobertura y cuándo ésta puede darse por terminada.

Procedimientos para la notificación

Resumen de la descripción del plan

Los derechos de COBRA provistos bajo el plan, así como otra información importante referente al plan, deberán detallarse en el resumen de la descripción del plan (SPD). Este resumen es un documento escrito que brinda información importante acerca del plan, incluyendo cuáles beneficios están disponibles bajo el plan, los derechos de los participantes y beneficiarios de acuerdo al plan, y cómo funciona el plan. ERISA exige que los planes de salud grupales le proporcionen a cada participante un SPD dentro de los 90 días de incorporarse a un plan (o dentro de los 120 días luego de que el plan esté sujeto inicialmente a las disposiciones de notificación y revelación de ERISA). Además, en caso de cambios sustanciales al plan, el plan deberá darles a los participantes un resumen de las modificaciones sustanciales (SMM) como máximo 210 días luego del final del año del plan durante el cual los cambios se hicieron efectivos. Si el cambio es una reducción sustancial en los servicios o beneficios cubiertos, deberá proporcionarse el SMM a más tardar 60 días después de adoptarse la reducción. Un participante o beneficiario cubierto bajo el plan puede pedir una copia del SPD y de cualquier SMM (así como de cualquier otro documento perteneciente al plan), los cuales deberán ser provistos dentro de los 30 días de un pedido por escrito.

Notificación general de COBRA

Los planes de salud grupales deberán proporcionarle a cada empleado y a cada cónyuge de un empleado para el cual se inicie la cobertura bajo el plan una notificación general que describa los derechos de acuerdo a COBRA. La notificación general deberá proporcionarse dentro de los primeros 90 días de la cobertura. Los planes de salud

grupales pueden satisfacer este requerimiento al incluir la notificación general dentro del SPD del plan, y proporcionándoles al empleado y a su cónyuge el SPD dentro de este plazo.

La notificación general deberá incluir:

- El nombre del plan y el nombre, domicilio y número de teléfono de alguien con quien el empleado y su cónyuge puedan comunicarse para obtener más información acerca de COBRA y el plan.
- Una descripción general de la continuación de cobertura provista bajo el plan.
- Una explicación de lo que deberán hacer los beneficiarios calificados para notificarle al plan acerca de eventos calificativos o incapacidades.
- Una explicación sobre la importancia de mantener informado al administrador del plan respecto a los domicilios de los participantes y beneficiarios.
- Una declaración que indique que la notificación general no describe la cobertura bajo COBRA ni el plan por completo y que el administrador del plan y el SPD pueden proporcionar información más completa.

El Departamento del Trabajo ha desarrollado un modelo que pueden utilizar los planes de salud grupales de empleador único para satisfacer el requerimiento de notificación general. Se encuentra disponible en el sitio Web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. Para utilizar este modelo de notificación general correctamente, el administrador del plan deberá completarla llenando los espacios con la información correcta respecto al plan. El uso del modelo, correctamente llenada, será considerado por el Departamento como cumplimiento de buena fe en cuanto a los requerimientos de COBRA respecto al contenido de la notificación general.

Notificación de eventos calificativos bajo COBRA

Antes de que un plan de salud grupal deba ofrecer continuación de cobertura, deberá ocurrir un evento calificativo. No se exige que el

plan de salud grupal actúe hasta no recibir una notificación apropiada acerca de tal evento calificativo.

Se requiere que el empleador le notifique al plan si el evento calificativo es:

- La terminación o reducción de las horas de empleo del empleado cubierto.
- El fallecimiento del empleado cubierto.
- El comienzo de la elegibilidad del empleado cubierto para recibir los beneficios de Medicare.

El empleador tiene 30 días después de que ocurra el evento para proporcionarle una notificación al plan.

El empleado cubierto o uno de los beneficiarios calificados es responsable por notificarle al plan si el evento calificativo es:

- Divorcio.
- Separación legal.
- La pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente bajo el plan.

Se exige que los planes de salud grupales tengan procedimientos acerca de cómo deberá el empleado cubierto o uno de los beneficiarios cubiertos proveer notificación acerca de estos tipos de eventos calificativos. Los procedimientos deberán brindarle a los empleados cubiertos y beneficiarios calificados al menos 60 días luego de la fecha del evento calificativo para proveer esta notificación, y los procedimientos deberán describir cómo y a quién se deberá enviar la notificación, así como la información que deberá incluir acerca del evento calificativo. Si una persona proporciona la notificación acerca de un evento calificativo, la notificación cubre a todos los beneficiarios calificados afectados por ese evento.

Si un plan de salud grupal no tiene procedimientos razonables acerca de cómo proporcionar estas notificaciones, se permite que los

beneficiarios calificados proporcionen la notificación (ya sea por escrito o verbalmente) a la persona o unidad que maneja los asuntos del empleador respecto a beneficios del empleado. Si el plan es de múltiples empleadores, también podrá proporcionarse una notificación a la junta de fideicomisarios conjuntos; y si el plan lo administra una compañía de seguros (o si los beneficios son provistos a través de un seguro), se podrá proporcionar la notificación a la compañía de seguros.

Notificación de COBRA sobre la elección de cobertura

Luego de recibir una notificación acerca de un evento calificativo, el plan deberá proporcionarles a los beneficiarios calificados una notificación de la elección, la cual describe sus derechos a la continuación de cobertura y cómo hacer una elección. La notificación de la elección deberá proporcionarse a los beneficiarios calificados dentro de los 14 días luego de que el administrador del plan reciba la notificación respecto a un evento calificativo.

La notificación de la elección deberá incluir:

- El nombre del plan y el nombre, domicilio y número de teléfono del administrador del plan COBRA.
- Identificación del evento calificativo.
- Identificación de los beneficiarios calificados (por nombre o por clasificación).
- Una explicación del derecho de los beneficiarios calificados de elegir la continuación de cobertura.
- El día en que terminará (o terminó) la cobertura si no se elige la continuación de cobertura.
- Cómo elegir la continuación de cobertura.
- Qué ocurrirá si no se elige la continuación de cobertura o si se renuncia a ella.
- Qué continuación de cobertura está disponible, por cuánto tiempo y (si es por menos de 36 meses) cómo puede extenderse por razones de incapacidad o segundos eventos calificativos.
- Cómo podría terminarse la continuación de cobertura en forma temprana.

- Los requerimientos para los pagos de las primas, incluyendo las fechas de pago y períodos de gracia.
- Una declaración respecto a la importancia de mantener informado al administrador del plan acerca de los domicilios de los beneficiarios calificados.
- Una declaración en la que se indica que la notificación general no describe la cobertura bajo COBRA ni el plan por completo y que el administrador del plan y el SPD pueden proporcionar información adicional.

El Departamento ha desarrollado un modelo de notificación para elección que pueden utilizar los planes para satisfacer su obligación de proporcionar la notificación para elección. Este modelo de notificación para elección se encuentra disponible en el sitio Web de EBSA en www.dol.gov/ebsa. Para utilizar este modelo de notificación para elección correctamente, el administrador del plan deberá completarla llenando los espacios con la información correcta respecto al plan. El uso del modelo de notificación para elección, correctamente llenada, será considerado por el Departamento como cumplimiento de buena fe de acuerdo a los requerimientos de COBRA sobre el contenido de la notificación de elección.

Notificación de COBRA sobre la falta de disponibilidad de la continuación de cobertura

Los planes de salud grupales a veces podrán negar un pedido para la continuación de cobertura o para una extensión de la continuación de cobertura, cuando el plan determina que el solicitante no tiene derecho a recibirlo. Cuando un plan de salud grupal toma la decisión de negar un pedido para continuación de cobertura de parte de un individuo, el plan deberá proporcionarle al individuo una notificación acerca de la falta de disponibilidad de la continuación de cobertura. La notificación deberá proporcionarse dentro de los 14 días de recibir el pedido y deberá explicar la razón por la cual éste fue negado.

Notificación de COBRA sobre la cancelación temprana de la continuación de cobertura

La continuación de cobertura deberá proporcionarse generalmente por un período máximo (18, 29 ó 36 meses). El plan de salud grupal

puede terminar la continuación de cobertura en forma temprana, sin embargo, por cualquiera de una cantidad de razones específicas. (Vea Duración de la continuación de cobertura más adelante en este folleto.) Cuando un plan de salud grupal decide cancelar la continuación de cobertura en forma temprana por cualquiera de estas razones, el plan deberá brindarle al beneficiario calificado una notificación acerca de la cancelación temprana. La notificación deberá entregarse tan pronto sea posible luego de tomarse la decisión, y deberá describir la fecha en que terminará la cobertura, la razón de la terminación y cualquier derecho que pudiera tener el beneficiario calificado bajo el plan o bajo la ley aplicable de elegir cobertura grupal alternativa o individual, tal como el derecho de pasar a una póliza individual.

Reglas especiales para planes de empleadores múltiples

Se permite que los planes de empleadores múltiples adopten algunas reglas especiales en cuanto a las de COBRA. Primero, un plan de empleadores múltiples puede adoptar sus propios límites de tiempo uniformes para la notificación respecto al evento calificativo o la notificación de la elección. Un plan de empleadores múltiples también puede elegir no exigirles a los empleadores que proporcionen notificaciones respecto a eventos calificativos y que el administrador del plan sea quien determine la ocurrencia de un evento calificativo. Cualquier regla especial respecto a planes de empleadores múltiples deberá establecerse en los documentos del plan (y en el SPD).

Procedimientos para la elección

COBRA exige que los planes de salud grupales les den a los beneficiarios calificados un período de elección durante el cual puedan decidir si elegir o no la continuación de cobertura, y COBRA también les da a los beneficiarios calificados derechos específicos respecto a la elección.

Como mínimo, se le deberá dar a cada beneficiario calificado al menos 60 días para elegir o no la cobertura bajo COBRA, comenzando el día que se proporcionó la notificación de la elección o

el día en que el beneficiario calificado de otra manera perdería su cobertura bajo el plan de salud grupal debido al evento calificativo, cualquiera de estas fechas ocurra más tarde.

Deberá brindarse a cada uno de los beneficiarios calificados derecho independiente de elegir la continuación de cobertura. Esto significa que cuando varios individuos (tales como un empleado, su cónyuge y sus hijos dependientes) se vuelven beneficiarios calificados debido al mismo evento calificativo, cada individuo puede hacer una elección diferente. El plan deberá permitir, sin embargo, que el empleado cubierto o el cónyuge del empleado cubierto elijan la continuación de cobertura en representación de todos los demás beneficiarios calificados para el mismo evento calificativo. También deberá permitirse que un padre o tutor legal de un beneficiario calificado también elija en representación de un niño menor de edad.

Si un beneficiario calificado renuncia a la continuación de cobertura durante el período de elección, deberá permitírsele más adelante revocar su renuncia de cobertura y elegir la continuación de cobertura, siempre que la revocación ocurra antes del final del período de elección. Si se revoca una renuncia más adelante, sin embargo, se permite que el plan haga que la continuación de cobertura comience el día en que se revocó la renuncia.

BENEFICIOS BAJO LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA

COBRA también establece estándares para la continuación de cobertura que deberá proporcionarse.

La continuación de cobertura deberá ser idéntica a la cobertura actualmente disponible bajo el plan para individuos en igual situación cubiertos bajo el plan y que no están recibiendo continuación de cobertura. (Generalmente ésta es la misma cobertura que tenía el beneficiario calificado inmediatamente antes del evento calificativo). Un beneficiario calificado que esté recibiendo continuación de cobertura también deberá recibir los mismos beneficios, opciones y servicios que un participante o beneficiario en igual situación está recibiendo actualmente bajo el plan, tal como el derecho durante un período de inscripción abierta de elegir entre varias opciones de cobertura disponibles. El beneficiario calificado también está sujeto a las mismas reglas y límites del plan que serían aplicables a un participante o beneficiario en igual situación, tales como requerimientos de copago, deducibles y límites de cobertura. Las reglas del plan para presentar reclamaciones o por beneficios y para apelar a cualquier negación de un reclamo también son aplicables.

Cualquier cambio a los términos del plan que sea aplicable a empleados activos igualmente situados y a sus familias también será aplicable a beneficiarios calificados que estén recibiendo continuación de cobertura bajo COBRA. Si un niño nace o es adoptado por un empleado cubierto durante un período de continuación de cobertura, el niño es automáticamente considerado un beneficiario calificado que está recibiendo continuación de cobertura. El plan deberá permitir que se incorpore el niño a la continuación de cobertura.

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Períodos máximos

COBRA exige que la continuación de cobertura sea disponible por un período limitado de 18 ó 36 meses. El plazo por el cual deberá estar disponible la continuación de cobertura (el “período máximo” de la continuación de cobertura) depende del tipo de evento calificativo que dio lugar a los derechos bajo COBRA. Un plan, sin embargo, puede proporcionar períodos de cobertura más largos superiores al período máximo exigido por ley.

Cuando el evento calificativo es la terminación del empleo (por razones que no incluyan grave mala conducta) o una reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto, deberá proporcionarse a los beneficiarios calificados un máximo de 18 meses de continuación de cobertura.

Para cualquier otro evento calificativo, deberá proporcionarse a los beneficiarios calificados un máximo de 36 meses de continuación de cobertura.³

Cancelación temprana

Un plan de salud grupal puede terminar la continuación de cobertura antes del final del período máximo por cualquiera de las siguientes razones:

- Las primas no se pagan en su totalidad en forma oportuna.
- El empleador deja de mantener cualquier plan de salud grupal.
- Un beneficiario calificado comienza a recibir cobertura bajo otro plan de salud grupal luego de elegir la continuación de cobertura (siempre que tal plan no imponga una exclusión o limitación respecto a una condición preexistente del beneficiario calificado).

³ Bajo COBRA, ciertos jubilados y sus familiares que reciben cobertura de salud posterior a la jubilación por parte de sus empleadores tienen derechos especiales en el evento de que el empleador esté involucrado en procesos de bancarrota el 1 de julio de 1986 o en fecha posterior. Este folleto no describe por completo los derechos de ese grupo bajo COBRA.

- Un beneficiario calificado se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare luego de elegir la continuación de cobertura.
- Un beneficiario calificado participa en conducta que justificaría que el plan terminara la cobertura de un participante o beneficiario en igual situación que no esté recibiendo continuación de cobertura (tal como fraude).

Si la continuación de cobertura se cancela en forma temprana, el plan deberá proporcionarle al beneficiario calificado una notificación acerca de dicha terminación. (Vea los Procedimientos para la notificación y elección respecto a COBRA presentados antes en este folleto.)

Extensión de un período de continuación de cobertura de 18 meses

Existen dos circunstancias bajo las cuales individuos con derecho a un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura podrían ser elegibles para una extensión de ese período máximo. La primera es cuando uno de los beneficiarios calificados se vuelve incapacitado; la segunda es cuando ocurre un segundo evento calificativo.

Incapacidad

Si uno de los beneficiarios calificados en una familia se vuelve incapacitado y reúne ciertos requisitos, todos los beneficiarios calificados en esa familia tienen derecho a una extensión de 11 meses del período máximo de continuación de cobertura (por un período máximo total de 29 meses de continuación de cobertura). El plan puede cobrarles a los beneficiarios calificados una prima con aumento de hasta el 150 por ciento del costo de la cobertura, durante la extensión de 11 meses por incapacidad.

Los requerimientos son, primero, que la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration o SSA) determine que el

beneficiario calificado incapacitado se volvió incapacitado en algún momento durante los primeros 60 días de la continuación de cobertura y, segundo, que la incapacidad deberá continuar durante el resto del período inicial de 18 meses de la continuación de cobertura.

El beneficiario calificado incapacitado (u otra persona que lo represente) también deberá notificarle al plan acerca de la determinación de la SSA. El plan puede establecer un plazo límite para proporcionar esta notificación acerca de la incapacidad, pero este plazo límite no podrá ser menor a 60 días, comenzando: (1) el día en que la SSA emita la determinación de incapacidad; (2) el día en que ocurra el evento calificativo; o (3) el día en que el beneficiario calificado reciba la notificación general respecto a COBRA, cualquiera de estas fechas ocurra más tarde.

Podrá cancelarse el derecho a una extensión por incapacidad si la SSA determina que el beneficiario calificado incapacitado ya no lo es, y el plan podrá exigir que los beneficiarios calificados incapacitados les notifiquen cuando se tome tal determinación. El plan deberá darles a los beneficiarios calificados al menos 30 días luego de la determinación de la SSA para emitir tal notificación.

Las reglas respecto a cómo proporcionar una notificación por incapacidad y una notificación de ya no estar incapacitado deberán describirse en el SPD del plan (y en la notificación de elección para cualquier ofrecimiento de un período de continuación de cobertura de 18 meses).

Segundo evento calificativo

Podría estar disponible una extensión de 18 meses para beneficiarios calificados con un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura (dándoles un período máximo total de 36 meses de continuación de cobertura) si los beneficiarios calificados experimentaran un segundo evento calificativo que fuera el fallecimiento de un empleado cubierto, el divorcio o la separación legal de un empleado cubierto y su cónyuge, el derecho a recibir Medicare o la pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente

bajo el plan. El segundo evento puede ser un segundo evento calificativo sólo si hubiese causado que el beneficiario calificado perdiera su cobertura bajo el plan en la ausencia del primer evento calificativo. El plan deberá tener reglas acerca de cómo proporcionar una notificación respecto a un segundo evento calificativo, y estas reglas deberán describirse en el SPD del plan (y en la notificación de elección de cualquier ofrecimiento de un período de 18 meses de continuación de cobertura).

Opciones de conversión

Algunos planes de salud grupales contienen una opción de conversión, que les permite a los participantes y beneficiarios cuya cobertura bajo el plan termina pasar de una cobertura de salud grupal a una póliza individual. Si esta opción de conversión estuviera disponible bajo el plan para los empleados activos y sus familias, a los beneficiarios calificados cuyos períodos máximos de continuación de cobertura finalizan también debería brindárseles la opción de pasar a una póliza individual. Se les debe ofrecer esta opción como máximo 180 días antes de que termine la continuación de cobertura. Sin embargo, no es necesario proporcionar esta opción de conversión si la continuación de cobertura finaliza antes de completarse el período máximo por el cual se hizo disponible.

RESUMEN DE EVENTOS CALIFICATIVOS, BENEFICIARIOS CALIFICADOS Y PERÍODOS MÁXIMOS DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA

El siguiente cuadro muestra el período máximo por el cual se deberá ofrecer continuación de cobertura para los eventos calificativos específicos y los beneficiarios calificados con el derecho a elegir la continuación de cobertura cuando ocurre el evento específico. Observe que un evento es un evento calificativo sólo si causa que el beneficiario calificado pierda la cobertura bajo el plan.

EVENTO CALIFICATIVO	BENEFICIARIOS CALIFICADOS	PERÍODO MÁXIMO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA
Cancelación (por razones que no incluyan un caso de mala conducta grave) o reducción de las horas de trabajo	Empleado Cónyuge Hijo dependiente	18 meses ⁴
Inscripción del empleado en Medicare	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Divorcio o separación legal	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Fallecimiento del empleado	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses
Pérdida de clasificación del hijo como dependiente bajo el plan	Hijo dependiente	36 meses

⁴Bajo ciertas circunstancias, los beneficiarios calificados con derecho a 18 meses de continuación de cobertura podrían volverse elegibles para una extensión de 11 meses adicionales por incapacidad (por un máximo total de 29 meses) o una extensión de 18 meses adicionales debido a la ocurrencia de un segundo evento calificativo (por un máximo total de 36 meses). (Vea Duración de la continuación de cobertura que aparece antes en este folleto.)

CÓMO PAGAR POR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Los planes de salud grupales pueden exigir que los beneficiarios calificados paguen por la continuación de cobertura bajo COBRA, aunque los planes pueden elegir proporcionar continuación de cobertura a cero costo o a costo reducido. La cantidad máxima que se puede cobrar a los beneficiarios calificados no puede exceder el 102 por ciento del costo del plan para individuos en igual situación cubiertos bajo el plan que no hayan experimentado un evento calificativo. Al calcular las primas para la continuación de cobertura, un plan puede incluir los costos pagados por ambos el empleado y el empleador, más un 2 por ciento adicional por costos administrativos. La notificación de elección de cobertura bajo COBRA deberá describir toda la información necesaria acerca de las primas de COBRA, las fechas de pago y las consecuencias de pagos fuera de término o falta de pago. Para los beneficiarios calificados que estén recibiendo la extensión de continuación de cobertura de 11 meses por incapacidad, la prima para aquellos meses adicionales podrá ser aumentada a hasta el 150 por ciento del costo de cobertura total del plan.

Se podrá aumentar la cantidad que COBRA les cobra a los beneficiarios calificados si aumenta el costo para el plan, pero generalmente se deberá fijar con anticipación a cada ciclo de 12 meses de primas. El plan deberá permitir que los beneficiarios calificados paguen las primas requeridas en forma mensual si así lo solicitan, así como también en otros plazos (por ejemplo, semanal o trimestralmente).

No se les puede exigir a los beneficiarios calificados que paguen una prima en conexión con la elección de cobertura bajo COBRA. Los planes deberán permitir al menos 45 días luego de la elección (ésta es la fecha en la cual el beneficiario calificado envía por correo el formulario de elección, si es que utiliza correo de primera clase) para hacer un pago inicial de prima. Si un beneficiario calificado dejara de hacer cualquier pago antes del final del período inicial de 45 días, el plan podrá cancelar los derechos del beneficiario calificado bajo COBRA. El plan deberá establecer las fechas de pago de cualquier prima para períodos sucesivos de cobertura, pero deberá proveer un período mínimo de 30 días de gracia para cada pago.

Se permite que los planes cancelen la continuación de cobertura si no se recibe el pago completo antes del final de un período de gracia. Si la cantidad de un pago al plan estuviera equivocada, sin ser significativamente menos que la cantidad pendiente, el plan deberá notificar al beneficiario calificado acerca de la deficiencia y concederle un período razonable (para este propósito, 30 días es considerado razonable) para pagar la diferencia. El plan no está obligado a enviar notificaciones mensuales respecto a las primas, pero sí está obligado a proveer una notificación respecto a la cancelación temprana si esta ocurre debido a falta oportuna de pago.

Ciertos individuos podrán ser elegibles para un crédito tributario federal que podría aliviar la carga económica de los pagos de las primas mensuales de COBRA. La Ley de Reforma de la Ayuda para los Ajustes Comerciales de 2002 o Ley de Comercio de 2002 (Trade Adjustment Assistance Reform Act of 2002 o Trade Act of 2002) creó el Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud (Health Coverage Tax Credit o HCTC) como un crédito tributario que puede pagarse por adelantado y reembolsable hasta el 65 por ciento de las primas pagadas para ciertos tipos de cobertura de seguro de salud (incluyendo la continuación de cobertura bajo COBRA). El HCTC está disponible para ciertos trabajadores que pierden sus empleos debido a los efectos del comercio internacional y que califican para la ayuda para los ajustes comerciales (TAA), así como ciertos individuos que estén recibiendo pagos de pensión de parte de la Corporación de Beneficios Garantizados de Pensión (Pension Benefit Guaranty Corporation o PBGC). Los individuos que sean elegibles para el HCTC podrán elegir que la cantidad del crédito sea pagada en forma mensual a su proveedor de cobertura de salud en las fechas de pago, o podrán reclamar el crédito tributario en sus declaraciones de impuestos sobre el ingreso a fin de año. Para más información acerca del Crédito Tributario por Cobertura de Seguro de Salud, llame al Centro de Contacto para el Consumidor HCTC al 1-866-628-HCTC (4282) (TDD/TTY: 1-866-626-HCTC (4282)). También puede visitar el sitio Web para el HCTC en www.irs.gov, ingresando la clave: "HCTC".

COORDINACIÓN CON OTRAS LEYES RESPECTO A BENEFICIOS FEDERALES

La Ley de Licencia por Razones Médicas y Familiares (Family and Medical Leave Act o FMLA) exige que un empleador mantenga cobertura bajo cualquier “plan de salud grupal” para un empleado con licencia por FMLA bajo las mismas condiciones de cobertura que hubiesen sido provistas si el empleado hubiera continuado trabajando. La cobertura de salud grupal provista bajo FMLA durante una licencia familiar o médica NO es una continuación de cobertura bajo COBRA, y tomar una licencia bajo FMLA no es un evento calificativo bajo COBRA. Puede ocurrir un evento calificativo bajo COBRA, sin embargo, cuando cesa la obligación de un empleador de mantener beneficios de salud bajo FMLA, como cuando un empleado que está tomando licencia bajo FMLA decide no regresar al trabajo y le notifica a su empleador acerca de su intención de no regresar al trabajo.

HIPAA exige que un plan de salud grupal o emisora de seguros de salud provea un certificado de cobertura de salud automáticamente a individuos con el derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, sin más demora que la que se exige cuando se proporciona una notificación para un evento calificativo bajo COBRA, y a individuos que hayan elegido la cobertura bajo COBRA, ya sea dentro de un plazo razonable luego de enterarse de la cesación de la cobertura bajo COBRA o dentro de un plazo razonable luego del final del período de gracia para el pago de las primas de COBRA.

Bajo HIPAA, al ocurrir ciertos eventos, se exige que los planes de salud grupales y emisoras de seguros de salud provean un período de inscripción especial durante el cual se podrá permitir que un individuo que previamente se rehusó a aceptar cobertura para sí mismo y/o para sus dependientes se inscriba sin tener que esperar hasta la siguiente época de inscripción abierta, sin tomar en cuenta si el plan tiene una época de inscripción abierta o cuándo se inicia la siguiente. Cuando un empleado o dependiente de un empleado pierde su elegibilidad para otra cobertura de salud, se puede activar un derecho de inscripción especial. Si la otra cobertura de salud era COBRA, se podrá solicitar inscripción especial solamente una vez que se haya agotado la cobertura bajo COBRA.

Finalmente, bajo HIPAA, cualquier período de exclusión por condiciones preexistentes que sería aplicable bajo un plan de salud grupal o cobertura de seguro de salud grupal, generalmente se reduce por el número de días de cobertura valedera del individuo transcurridos sin una interrupción en la cobertura de 63 días o más. Para este propósito, la mayor parte de las coberturas de salud, incluyendo la cobertura bajo COBRA, es cobertura valedera.

La Ley de Comercio de 2002 también realizó enmiendas en COBRA para que ciertos trabajadores que pierden sus empleos debido a los efectos del comercio internacional y que califican para recibir ayuda por ajustes comerciales (TAA) tuvieran una segunda oportunidad de elegir la continuación de cobertura bajo COBRA. Para obtener más información acerca de la operación y alcance de la segunda oportunidad para la elección de cobertura bajo COBRA creada por la Ley de Comercio, llame al Centro de Contacto para el Consumidor HCTC al 1-866-628-HCTC (4282) (TDD/TTY: 1-866-626-HCTC (4282)). También puede visitar el sitio Web HCTC en www.irs.gov, utilizando la clave: “HCTC”.

PAPEL DEL GOBIERNO FEDERAL

Varias agencias administran las leyes respecto a la continuación de cobertura bajo COBRA. Los Departamentos de Trabajo y del Tesoro tienen jurisdicción sobre los planes de salud grupales del sector privado. El Departamento de Salud y Servicios Humanos administra la ley respecto a la continuación de cobertura según ésta afecta los planes de salud de los gobiernos estatales y locales.

La responsabilidad interpretativa del Departamento de Trabajo respecto a COBRA está limitada a los requerimientos de COBRA acerca de revelación y notificación. El Departamento de Trabajo ha emitido reglamentos respecto a las disposiciones de COBRA sobre la notificación. El Departamento del Tesoro tiene la responsabilidad interpretativa de definir la continuación de cobertura. El Servicio de Impuestos Internos, Departamento del Tesoro, ha emitido reglamentos respecto a las disposiciones de COBRA relacionadas a la elegibilidad, cobertura y pago. Los Departamentos de Trabajo y del Tesoro comparten jurisdicción para la aplicación de estas disposiciones.

RECURSOS

Si usted necesita más información acerca de COBRA, ERISA o HIPAA, llame al número de teléfono gratuito 1-866-444-EBSA (3272) para comunicarse con la oficina regional de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (Employee Benefits Security Administration o EBSA) más cercana a usted o visite el sitio Web de la agencia en www.dol.gov/ebsa.

Para información acerca de la interacción de COBRA e HIPAA, visite el sitio Web de EBSA y oprima Publications/Reports (Publicaciones/Informes), luego la publicación Compliance Assistance Guide, Recent Changes in Health Care Law (Guía de Asistencia para el Cumplimiento, Cambios Recientes en la Ley de Atención de Salud).

Más información acerca de FMLA se encuentra disponible en la oficina más cercana de la División de Sueldos y Jornales (Wage and Hour Division), incluida en la mayoría de los directorios telefónicos bajo U.S. Government, Department of Labor, Employment Standards Administration (Gobierno de los EE.UU., Departamento del Trabajo, Administración de Estándares de Empleo).

Si tiene preguntas acerca de elegibilidad para el crédito tributario TAA para cobertura de seguro de salud calificada, llame al Centro de Contacto para el Consumidor HCTC al número de teléfono gratuito 1-866-628-HCTC (4282) (TDD/TTY: 1-866-626-HCTC (4282)). También puede visitar el sitio Web HCTC en www.irs.gov, utilizando la clave: “HCTC”.