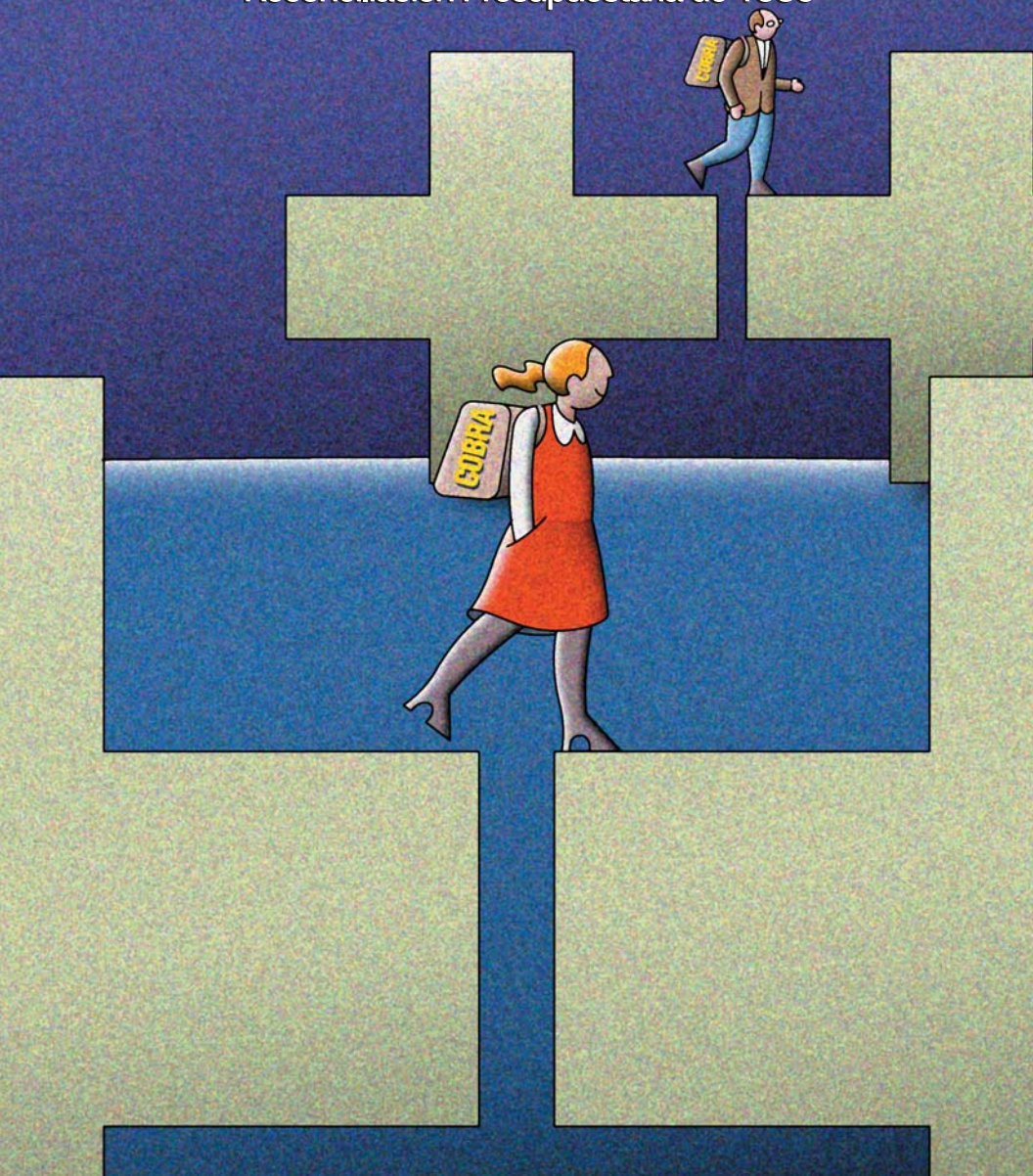


UNA GUÍA PARA EL EMPLEADO SOBRE LOS BENEFICIOS DE SALUD BAJO COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de
Reconciliación Presupuestaria de 1986



Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, se encuentra disponible en el sitio Web de la agencia en: www.dol.gov/ebsa.

Para ver una lista completa de publicaciones de EBSA, llame al número gratuito de la agencia: 1-866-444-EBSA (3272).

Este material será disponible en un formato alternativo a solicitud.

Teléfono: (202) 693-8664

TTY: (202) 501-3911

Este folleto constituye una guía de cumplimiento dirigida a pequeñas entidades para propósitos de la Ley de Igualdad en la Aplicación de Regulaciones a Pequeños Negocios de 1996.

UNA GUÍA PARA EL EMPLEADO SOBRE LOS BENEFICIOS DE SALUD BAJO COBRA

La Ley Ómnibus Consolidada de
Reconciliación Presupuestaria de 1986



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

Revisado en agosto de 2007

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA?	2
¿QUIÉN TIENE DERECHO A LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA?	6
SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES BAJO COBRA: PROCEDIMIENTOS DE NOTIFICACIÓN Y ELECCIÓN	8
BENEFICIOS BAJO LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	13
DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	14
CUADRO: RESUMEN DE LOS EVENTOS CALIFICATIVOS, BENEFICIARIOS CALIFICADOS Y PERÍODOS MÁXIMOS PARA LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	18
CÓMO PAGAR POR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA	19
COORDINACIÓN CON OTRAS LEYES RESPECTO A BENEFICIOS FEDERALES	21
PAPEL DEL GOBIERNO FEDERAL	23
RECURSOS	24

INTRODUCCIÓN

Los programas de seguro de salud ayudan a los trabajadores y a sus familias a cubrir sus necesidades médicas esenciales. Estos programas pueden ser uno de los beneficios más importantes que proporciona un empleador.

Hubo un tiempo cuando la cobertura de salud grupal provista por un empleador peligraba en el caso de que un empleado fuera despedido, cambiara de trabajo o se divorciara. Eso cambió en forma sustancial en 1986 cuando se aprobaron las disposiciones para beneficios de salud contenidas en la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act o COBRA). Ahora, muchos empleados y sus familias que perderían su cobertura de salud grupal debido a serios eventos de la vida pueden continuar su cobertura bajo el plan de salud grupal del empleador, al menos por períodos limitados de tiempo.

Este folleto explica sus derechos bajo COBRA a una extensión temporal de cobertura de salud grupal provista por el empleador, llamada continuación de cobertura bajo COBRA.

Este folleto está diseñado para:

- Brindar una explicación general de sus derechos y responsabilidades bajo COBRA.
- Delinear las reglas de COBRA que deberán seguir los planes grupales de salud.
- Destacar sus derechos a beneficios mientras esté recibiendo continuación de cobertura bajo COBRA.

¿QUÉ ES LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO 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 enmienda 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 cancelarse.

COBRA exige que se ofrezca continuación de cobertura a empleados cubiertos, a sus cónyuges, a sus cónyuges anteriores y a sus 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 cancelación o reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto por razones que no incluyan un acto grave de mala conducta, divorcio o separación legal de un empleado cubierto, elegibilidad de un empleado cubierto para recibir los beneficios de Medicare y pérdida de clasificación de un hijo como dependiente (y por lo tanto de su cobertura) bajo el plan.

Los empleadores pueden exigir que los individuos que eligen la continuación de cobertura paguen el costo total de la cobertura, más un cargo administrativo del 2 por ciento. El pago exigido para la continuación de cobertura es a menudo más costoso que la cantidad que se exige que paguen los empleados activos por la cobertura de salud grupal, debido a que el empleador generalmente paga una parte del costo de la cobertura de los empleados y todo ese costo puede cobrarse a los individuos que reciben continuación de cobertura. Sin embargo, el pago de COBRA es normalmente menos costoso que la cobertura de

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.

salud individual. Aunque es obligatorio ofrecer la continuación de cobertura bajo COBRA, sólo dura por un período limitado de tiempo. Este folleto tratará todas estas disposiciones en más detalle.

COBRA generalmente es aplicable a todos los planes de salud grupales mantenidos por empleadores del sector privado (con al menos 20 empleados) o 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.

Bajo COBRA, 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 por un seguro, organización de mantenimiento de la salud, bienes del empleador en forma de “pago por uso” o de 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 se considera “atención médica” ni tampoco los beneficios por incapacitado; y COBRA no cubre planes que sólo proveen seguro de vida o beneficios por incapacitado.

ERISA rige generalmente los planes de salud grupales cubiertos por COBRA que son patrocinados por empleadores del sector privado. ERISA no exige que los empleadores establezcan planes ni que provean ningún tipo o nivel de beneficios en particular, pero sí exige que los planes cumplan con las reglas de ERISA, y esta a su vez, les brinda a los participantes y beneficiarios derechos que son ejecutables en los tribunales.

² El Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) administra las disposiciones de COBRA comprendidas en la Ley de Servicio de Salud Pública que cubren los planes de gobierno estatales y locales.

ALTERNATIVAS A LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA

Si usted tiene derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA cuando de otra manera perdería su cobertura de salud grupal bajo un plan de salud grupal, debería considerar todas las opciones que podría tener para obtener otra cobertura de salud antes de tomar su decisión. Una opción podría ser la “inscripción especial” en otra cobertura de salud grupal.

Si usted o sus dependientes están perdiendo su elegibilidad Bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act o HIPAA), para recibir cobertura de salud grupal, incluyendo la elegibilidad para la continuación de cobertura, podría tener derecho a inscripción especial (inscripción sin esperar hasta la siguiente época de inscripción abierta) en otra cobertura de salud grupal. Por ejemplo, un empleado que estuviera perdiendo su elegibilidad para cobertura de salud grupal podría tener derecho a inscribirse en forma especial en el plan de su cónyuge. Un dependiente que estuviera perdiendo su elegibilidad para cobertura de salud grupal podría tener derecho a inscribirse en un plan de salud grupal del otro padre. Para tener la oportunidad de una inscripción especial, usted o su dependiente deberán haber tenido otra cobertura de salud cuando previamente se rehusó la cobertura bajo el plan en el cual ahora quiere inscribirse. Usted o su dependiente deberán pedir la inscripción especial, dentro de los 30 días de la pérdida de la otra cobertura.

Si usted o su dependiente eligen la continuación de cobertura bajo COBRA en lugar de la inscripción especial, tendrá otra oportunidad de solicitar la inscripción especial una vez que haya agotado los beneficios de su continuación de cobertura. Para agotar los beneficios de su continuación de cobertura bajo COBRA, usted o su dependiente deberán recibir el período máximo de continuación de cobertura disponible sin cancelación temprana. Usted deberá solicitar la inscripción especial dentro de los 30 días de la pérdida de la continuación de cobertura.

Otra opción podría ser comprar una póliza de seguro de salud individual. HIPAA les brinda a los individuos que están perdiendo su cobertura de salud grupal y que tienen al menos 18 meses de cobertura valedera, sin una interrupción de 63 días o más, el derecho a comprar cobertura de salud individual que no imponga un período de exclusión por condiciones preexistentes. Para este propósito, la mayor parte de las coberturas de salud, incluyendo la continuación de cobertura bajo COBRA, es cobertura valedera. Estos derechos especiales podrán no serle disponibles si usted no elige y recibe continuación de cobertura bajo COBRA. Para obtener más información acerca de su derecho a comprar cobertura de salud individual, comuníquese con su departamento estatal de seguros.

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

¿QUIÉN TIENE DERECHO A LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA?

Existen tres requerimientos básicos que deberán cumplirse para que usted tenga el derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA:

- Su plan de salud grupal deberá estar cubierto por COBRA.
- Deberá ocurrir un evento calificador.
- Usted deberá ser un beneficiario calificado para ese evento.

COBERTURA DEL PLAN

COBRA cubre planes de salud grupales patrocinados por un empleador (sector privado o gobierno estatal/local) que empleó a menos 20 empleados durante más del 50 por ciento de sus típicos días laborales durante el año calendario anterior. Se cuentan tanto los empleados a tiempo completo como los de 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, esta fracción siendo 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.

EVENTOS CALIFICATIVOS

“Eventos calificativos” son eventos que causan que un individuo pierda su cobertura de salud grupal. El tipo de evento calificador 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 mínimos requerimientos para la continuación de cobertura. Un plan siempre puede 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.

Los siguientes eventos son eventos calificativos para el cónyuge e 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 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.

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 que causó que perdiera su cobertura. Sólo ciertos individuos pueden volverse beneficiarios calificados debido a un evento calificativo y el tipo de evento calificativo determina quién puede volverse un beneficiario calificado cuando esto ocurre. (Vea Eventos calificativos que aparece líneas arriba en este folleto.) Un beneficiario calificado deberá ser un empleado cubierto, el cónyuge o cónyuge anterior del empleado o el hijo dependiente del empleado. En ciertos casos que involucren la insolvencia del empleador que está patrocinando el plan, 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.

SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES BAJO COBRA: PROCEDIMIENTOS DE NOTIFICACIÓN Y ELECCIÓN

Bajo COBRA, los planes de salud grupales deberán proveerles a los empleados cubiertos y a sus familias ciertas notificaciones explicando sus derechos bajo COBRA. También deberán tener reglas acerca de cómo se ofrece la continuación de cobertura bajo COBRA, cómo pueden elegir los beneficiarios calificados la continuación de cobertura y cuándo podrá cancelarse.

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 proporcionarse 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 dándole a usted el SPD del plan dentro de este plazo, siempre y cuando contenga la información de notificación general. La notificación general deberá contener la información que usted necesita para proteger sus derechos bajo COBRA cuando se inicie su cobertura bajo el plan, incluyendo el nombre del plan y de la persona con la que se pueda comunicar para obtener más información, una descripción general de la continuación de cobertura provista bajo el plan y una explicación de cualquier notificación que deberá proporcionarle al plan para proteger sus derechos bajo COBRA.

Notificaciones de eventos calificativos bajo COBRA

Antes de que un plan de salud grupal deba ofrecer continuación de cobertura, deberá ocurrir un evento calificativo y se deberá notificar al plan de salud grupal acerca del evento calificativo. Quién deberá proveer la notificación acerca del evento calificativo depende del tipo de evento calificativo.

El empleador deberá notificarle al plan si el evento calificativo es:

- La cancelación 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.
- La insolvencia del empleador.

Usted (el empleado cubierto o uno de los beneficiarios calificados) deberá notificarle al plan si el evento calificativo es:

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

Usted deberá entender las reglas de su plan acerca de cómo debe presentar las notificaciones si ocurre uno de estos eventos

calificativos. El plan deberá tener procedimientos sobre cómo notificar un evento calificativo y los procedimientos deberán describirse tanto en la notificación general como en el SPD del plan. El plan deberá permitir que transcurran al menos 60 días luego de la fecha del evento calificativo para que el beneficiario calificado o empleado proporcionen esta notificación.

Si su plan no tiene procedimientos razonables sobre cómo proveer una notificación acerca de un evento calificativo, usted puede proporcionar su notificación comunicándose con la persona o unidad de su empleador que maneja los asuntos del empleador respecto a beneficios del empleado. Si su plan es un plan de múltiples empleadores, también se podrá proporcionar la notificación a la junta de fideicomisarios conjuntos y, si el plan lo administra una compañía de seguros (o si los beneficios se proveen a través de un seguro), podrá proporcionarse la notificación a la compañía de seguros.

Notificación de COBRA sobre elección de cobertura

Luego de recibir una notificación acerca de un evento calificativo, el plan deberá proporcionarles a los beneficiarios calificados una notificación de elección, en la que se describen sus derechos a la continuación de cobertura y cómo hacer una elección. La notificación 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 contener toda la información que usted necesitará para entender la continuación de cobertura y para tomar una decisión informada acerca de elegir o no la continuación de cobertura. También deberá proporcionarle el nombre del administrador del plan bajo COBRA y explicarle cómo obtener más información.

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

Los planes de salud grupales podrán a veces negar un pedido para la continuación de cobertura o para una extensión de la continuación de cobertura. Si usted o cualquier miembro de su familia solicitan continuación de cobertura y el plan determina que usted o su familiar

no tiene derecho a la continuación de cobertura solicitada por alguna razón, el plan deberá proporcionarle a la persona que hizo el pedido una notificación acerca de la falta de disponibilidad de la continuación de cobertura. La notificación deberá ser provista 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 cancelar la continuación de cobertura en forma más temprana, sin embargo, por cualquiera de varias 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 darle al beneficiario calificado una notificación acerca de la cancelación temprana. La notificación deberá darse en cuanto sea practicable luego de tomarse la decisión, y deberá describir la fecha en que terminará la cobertura, la razón de la cancelación y cualquier derecho que pudiera tener el beneficiario calificado bajo el plan o bajo la ley aplicable de elección de cobertura grupal alternativa o individual, tal como el derecho de pasar a una póliza individual.

Reglas especiales para planes de múltiples empleadores

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

PROCEDIMIENTOS DE ELECCIÓN

Si usted se vuelve elegible para elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, deberán brindarle un período de elección de por lo menos 60 días (comenzando el día que le proporcionaron la notificación de elección o el día en que perdería su cobertura, cualquiera de estas fechas que ocurra más tarde) para decidir si elegir o no la continuación de cobertura.

Cada uno de los beneficiarios calificados para un evento calificativo puede elegir la continuación de cobertura independientemente. Esto significa que si ambos usted y su cónyuge tienen el derecho a elegir la continuación de cobertura, cada uno puede decidir por separado si hacerlo o no. Sin embargo, se deberá permitir que el empleado cubierto o el cónyuge elijan en representación de cualquier hijo dependiente o de todos los beneficiarios calificados. Un padre o tutor legal puede elegir en representación de un niño menor de edad.

Si usted renuncia a la continuación de cobertura durante el período de elección, deberá permitírsele revocar su renuncia de cobertura más adelante y elegir la continuación de cobertura, siempre que lo haga durante el período de elección. Bajo esas circunstancias, el plan sólo necesita proporcionar continuación de cobertura a partir del día en que usted revocó la renuncia.

BENEFICIOS BAJO LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Si usted elige la continuación de cobertura, la cobertura que se le brinde deberá ser idéntica a la cobertura disponible actualmente bajo el plan para empleados activos en igual situación y sus familias (generalmente ésta es la misma cobertura que tenía usted inmediatamente antes del evento calificativo). Usted también tendrá derecho, mientras esté recibiendo la continuación de cobertura, a los mismos beneficios, opciones y servicios que un participante o beneficiario en igual situación esté recibiendo actualmente bajo el plan, tal como el derecho durante una época de inscripción abierta de elegir entre varias opciones de cobertura disponibles. También estará sujeto a las mismas reglas y límites que serían aplicables a un participante o beneficiario en igual situación, como requerimientos de copago, deducibles y límites de cobertura. Las reglas del plan para presentar reclamos por beneficios y para apelar cualquier negativa con relación a 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 a un empleado cubierto le nace o adopta un niño durante un período de continuación de cobertura, el niño es automáticamente considerado un beneficiario calificado recibiendo continuación de cobertura. Usted deberá formular la consulta a su plan con el objeto de obtener las reglas aplicables para incorporar a su hijo a la continuación de cobertura bajo esas circunstancias.

DURACIÓN DE LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Períodos máximos

COBRA requiere que la continuación de la cobertura se extienda a partir de la fecha del suceso calificador por un periodo limitado de 18 ó 36 meses. El plazo en el cual deberá estar disponible la continuación de cobertura (el “período máximo” de la continuación de cobertura) depende del tipo de evento calificador que dio lugar a los derechos bajo COBRA. Un plan, sin embargo, puede proveer períodos de cobertura más largos más allá del período máximo exigido por ley.

Cuando el evento calificador sea la terminación del empleo o una reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto, los beneficiarios calificados tienen el derecho a un máximo de 18 meses de continuación de cobertura.

Cuando el suceso calificador es la finalización del empleo o la reducción de horas de trabajo del empleado y el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del suceso calificador, la cobertura COBRA para el cónyuge del empleado y dependientes puede estar vigente hasta 36 meses después de la fecha en la que el empleado se hizo acreedor a los beneficios de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto se hace acreedor a los beneficios de Medicare 8 meses antes de la fecha en que finaliza su empleo (la terminación del empleo es el suceso calificador de COBRA) la cobertura COBRA para su cónyuge e hijos estaría vigente durante 28 meses (36 meses menos 8 meses).

Para todo otro evento calificador, los beneficiarios calificados tienen el derecho a un máximo de 36 meses de continuación de cobertura.³

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 bajo COBRA en el caso que el empleador esté involucrado en procedimientos de insolvencia iniciados el 1 de julio de 1986 o con posterioridad a esa fecha. Este folleto no describe por completo los derechos de ese grupo bajo COBRA.

Cancelación temprana

Un plan de salud grupal puede cancelar 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 un plan de salud grupal.
- Un beneficiario calificado empieza 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 que afecte una condición preexistente del beneficiario calificado.
- Un beneficiario calificado se vuelve elegible para recibir los 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 se cancela la continuación de cobertura en forma temprana, el plan deberá proveerle al beneficiario calificado una notificación acerca de dicha cancelación. (Vea Sus derechos y responsabilidades bajo COBRA líneas arriba en este folleto.)

EXTENSIÓN DE UN PERÍODO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA DE 18 MESES

Si usted tiene el derecho a un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría volverse elegible para una extensión del período máximo bajo dos circunstancias. La primera es cuando un beneficiario calificado (ya sea usted o un familiar) se vuelve incapacitado; la segunda es cuando ocurre un segundo evento calificativo.

Incapacitado

Si alguno de los beneficiarios calificados en su familia se vuelve incapacitado y reúne ciertos requisitos, todos los beneficiarios calificados que estén recibiendo continuación de cobertura debido a un único evento calificativo tienen el 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 mayor de hasta el 150 por ciento del costo de la cobertura, durante la extensión de 11 meses por incapacitado.

Los requisitos son, primero, que la Administración del Seguro Social (SSA) determine en algún momento antes del décimo sexto día (60) de la continuación de la cobertura, que el beneficiario calificado es una persona incapacitada, y, segundo, que la incapacidad continúe durante el resto del periodo inicial de 18 meses de la continuación de la cobertura.

El beneficiario calificado incapacitado u otra persona que lo represente deberá asimismo notificar al plan acerca de la determinación de la SSA. El plan puede establecer un plazo límite para proporcionar esta notificación acerca de la incapacitado, pero este plazo límite no podrá ser menor a 60 días, comenzando: (1) el día en que la SSA emita la determinación de incapacitado; (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 la extensión por incapacitado si la SSA determina que el beneficiario calificado incapacitado ya no tiene la condición de incapacitado. El plan podrá exigir que los beneficiarios calificados que estén recibiendo la extensión por incapacitado le avisen si la SSA hace tal determinación, aunque el plan deberá darles a los beneficiarios calificados al menos 30 días luego de la determinación de la SSA para hacerlo.

Las reglas respecto a cómo proporcionar una notificación por incapacitado y una notificación de ya no estar más incapacitado deberán detallarse en el SPD del plan (y en la notificación de elección si se le ofrece un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura).

Segundo evento calificativo

Si usted está recibiendo un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura, podría tener el derecho a una extensión de 18 meses (brindando un período máximo total de 36 meses de continuación de cobertura) si experimentara 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, la elegibilidad de un empleado cubierto para recibir los beneficios de 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 usted perdiera su cobertura bajo el plan en la ausencia del primer evento calificativo. Si ocurriera un segundo evento calificativo, usted necesitaría notificárselo al plan. Las reglas acerca de cómo proporcionar una notificación respecto a un segundo evento calificativo deberán describirse en el SPD del plan (y en la notificación de elección si se le ofreciera un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura).

OPCIONES DE CONVERSIÓN

Si su plan de salud grupal les da a los participantes y beneficiarios cuya cobertura bajo el plan termina la opción de pasar de una cobertura de salud grupal a una póliza individual, el plan deberá darle la misma opción cuando termine su período máximo de continuación de cobertura. La opción de conversión deberá ofrecerse como máximo a los 180 días antes que termine su continuación de cobertura. La prima para una póliza individual de conversión podrá ser más cara que la prima para un plan grupal, y la póliza de conversión podrá proporcionar un nivel de cobertura más bajo. Usted no tiene derecho a la opción de conversión, si se cancela su continuación de cobertura antes del final del período máximo para el cual se hizo disponible.

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

El siguiente cuadro muestra los eventos calificativos específicos, los beneficiarios calificados con el derecho a elegir la continuación de cobertura y el período máximo de continuación de cobertura que deberá ofrecerse basado en el tipo de evento calificativo. Observe que un evento es un evento calificativo sólo si logra que el beneficiario calificado pierda su 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

⁴ Bajo 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 total máximo de 29 meses) o una extensión de 18 meses adicionales debido a la ocurrencia de un segundo evento calificativo (por un período máximo total de 36 meses). (Vea Duración de la continuación de cobertura que se presenta líneas arriba en este folleto.)

CÓMO PAGAR POR LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA

Su plan de salud grupal puede exigir que usted pague por su continuación de cobertura bajo COBRA. La cantidad que se cobre a los beneficiarios calificados no puede ser superior al 102 por ciento del costo del plan para individuos cubiertos bajo el plan que estén en igual situación que no hayan experimentado un evento calificador. Al determinar las primas de COBRA, el plan puede incluir los costos pagados por los empleados y el empleador, más un 2 por ciento adicional por costos administrativos.

Para beneficiarios calificados que reciban la extensión de 11 meses por incapacitado, la prima de COBRA correspondiente a esos meses adicionales incrementarse hasta el 150 por ciento del costo de cobertura total del plan para individuos en igual situación.

La cantidad que COBRA les cobra a los beneficiarios calificados podrá incrementarse si aumenta el costo del plan, pero en general deberá fijarse con anticipación a cada ciclo de 12 meses de primas. El plan deberá permitir que usted pague las primas requeridas en forma mensual si así lo solicita, y el plan podrá permitirle hacer pagos a otros plazos (por ejemplo, semanal o trimestralmente). La notificación de elección deberá contener toda la información que usted necesita para entender las primas de COBRA que tendrá que pagar, las fechas de un pago y las consecuencias de un pago demorado o de falta de pago.

Cuando usted elige la continuación de cobertura, no se le puede exigir que envíe ningún pago con su formulario de elección. Sí se le podrá exigir, sin embargo, que haga un pago inicial de la prima dentro de los 45 días después de la fecha de su elección de cobertura bajo COBRA (ésta es la fecha en la cual usted envía por correo su formulario de elección, si es que utiliza correo de primera clase). No hacer algún pago durante ese plazo podría resultar en la pérdida de todos sus derechos bajo COBRA. El plan puede establecer las fechas de pago de las primas para períodos sucesivos de cobertura (después de su pago inicial), pero deberá darle la opción de hacer pagos mensuales y concederle un período de 30 días de gracia para el pago de cualquier prima.

Usted debe saber que si no paga una prima antes del primer día de un período de cobertura, pero paga la prima dentro del período de gracia

para ese período de cobertura, el plan tiene la opción de cancelar su cobertura hasta que reciba el pago y luego reintegrar la cobertura en forma retroactiva hasta el comienzo del período de cobertura. No hacer un pago en su totalidad antes del final de un período de gracia podría resultar en la pérdida de todos sus derechos bajo COBRA.

Si la cantidad de un pago efectuado al plan estuviera equivocada, pero no fuera significativamente menos que la cantidad pendiente, el plan está obligado a notificarle acerca de la deficiencia y a 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.

Ciertos individuos pueden ser elegibles para recibir un crédito tributario federal que alivie 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 reembolsarse hasta el 65 por ciento de las primas pagadas en concepto de ciertos tipos de cobertura de seguro de salud (incluyendo la continuación de cobertura bajo COBRA). El HCTC es 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 (Trade Adjustment Assistance o TAA), así como para 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 tanto se vuelva pagadera, 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 HCTC en www.irs.gov, utilizando 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, tal como un empleado que está tomando licencia bajo FMLA que decide no regresar al trabajo y le notifica este hecho a su empleador.

Cuando esté considerando si elegir o no la continuación de cobertura, deberá tomar en cuenta que mantener una cobertura de salud grupal afecta sus futuros derechos a las salvaguardas provistas bajo HIPAA. HIPAA limita la duración de cualquier exclusión por condiciones preexistentes que pudiera imponer un plan de salud grupal y generalmente exige que cualquier período de exclusión se reduzca por el número de días de cobertura valedera del individuo transcurrido 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, se consideran coberturas valederas. Elegir la cobertura bajo COBRA podrá ayudarle a evitar una interrupción de 63 días en la cobertura y, por lo tanto, a eliminar o acortar cualquier futuro período de exclusión por condiciones preexistentes que pudiera ser aplicado por un futuro plan de salud grupal, compañía de seguro de salud o HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud).

HIPAA también provee derechos de inscripción especial al perder la cobertura del plan de salud grupal y derechos a comprar cobertura individual que no imponga un período de exclusión por condiciones preexistentes, según se describe anteriormente en este folleto (Vea Alternativas a la continuación de cobertura bajo COBRA).

Para aprovechar algunas de las salvaguardas bajo HIPAA, los individuos deberán mostrar evidencia de la cobertura valedera anterior. La forma principal en la cual los individuos pueden mostrar la cobertura valedera anterior para reducir un período de exclusión por condiciones preexistentes (o para lograr otra forma de acceso a cobertura de salud individual) es con un certificado de cobertura valedera. HIPAA exige que los planes de salud grupales, las compañías de seguro de salud y las HMO proporcionen un certificado de cobertura valedera a un individuo una vez que cese su cobertura. Deberá proporcionarse automáticamente un certificado de cobertura valedera a los individuos con derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, en un plazo no mayor que el que se exige para proporcionar 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 después del período de gracia para el pago de las primas de COBRA. Si usted no recibe su certificado o si lo pierde y no puede obtener otro, igual puede demostrar su cobertura anterior utilizando otras pruebas de cobertura anterior de salud (por ejemplo, comprobantes de pago, copias de pagos de primas u otra evidencia de cobertura de atención de salud). Para más información acerca de pruebas de cobertura anterior de salud o de sus derechos bajo HIPAA, comuníquese con EBSA en el número de teléfono gratis 1-866-444-EBSA (3272).

La Ley de Comercio de 2002 también modificó COBRA para proporcionarles a ciertos trabajadores que pierden sus empleos debido a los efectos del comercio internacional, y que califican para la ayuda por ajustes comerciales (TAA), una segunda oportunidad de elegir la continuación de cobertura bajo COBRA. Para 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 del sector público.

La responsabilidad interpretativa del Departamento del Trabajo respecto a COBRA está limitada a los requerimientos de COBRA acerca de revelación y notificación. El Departamento del Trabajo ha emitido reglamentos respecto a las disposiciones de COBRA sobre notificaciones. 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 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) y luego Health Coverage Portability (Portabilidad de la Cobertura de Salud).

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid ofrecen información acerca de las disposiciones bajo COBRA para empleados del sector público. Usted puede comunicarse con éstos por correo en:

Centers for Medicare and Medicaid Services
7500 Security Boulevard
Mail Stop S3-16-16
Baltimore, MD 21244-1850

Los empleados federales están cubiertos por una ley federal parecida a COBRA. Dichos empleados deberán comunicarse con la oficina de personal que sirve a su agencia para obtener más información acerca de extensiones temporales de beneficios de salud.

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

Para preguntas acerca de la TAA, 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 en www.irs.gov, utilizando la clave: "HCTC".





Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado

