



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



ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

Esta publicación ha sido desarrollada por el Departamento del Trabajo de EE.UU., Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés).

Para ver esta publicación y otras publicaciones de EBSA, visite al sitio Web de la agencia en: **dol.gov/ebsa**.

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA electrónicamente a: **askebsa.dol.gov**.

O llame a nuestro número gratuito: **1-866-444-3272**.

Este material estará disponible en formatos alternativos según solicitud para personas discapacitadas.

Teléfono de voz: **(202) 693-8664**

TTY: **(202) 501-3911**

Esta cuadernillo es una pequeña guía de cumplimiento de la entidad para efectos de la Ley de Aplicación de Regulaciones de Pequeños Negocios de 1996.

Índice

Introducción.....	1
¿Qué es la continuación de cobertura bajo COBRA?.....	2
¿Quién tiene derecho a la continuación de cobertura?.....	4
Sus derechos y responsabilidades bajo COBRA: Procedimientos de notificación y elección.....	5
Beneficios bajo la continuación de cobertura.....	8
Duración de la continuación de cobertura	8
Gráfico: Resumen de los eventos calificativos, beneficiarios calificados y períodos máximos para la continuación de cobertura.....	11
Cómo pagar por la continuación de cobertura	11
Coordinación con otras leyes respecto a beneficios federales.....	12
Papel del gobierno federal	13
Recursos	13

Introducción



Los planes de salud ayudan a los trabajadores y a sus familias a encargarse de sus necesidades médicas esenciales. Es uno de los beneficios más importantes que ofrece 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. Según la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés), muchos de los empleados y sus familias que pierden la cobertura del plan de salud grupal debido a eventos de vida graves pueden continuar teniendo la cobertura del plan de salud grupal del empleador, por lo general, por cuenta propia y por períodos limitados.

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 le:

- Ofrecerá una explicación general de sus derechos y responsabilidades bajo COBRA.
- Delineará las reglas de COBRA que deberían seguir los planes grupales de salud.
- Destacará sus derechos a beneficios mientras esté recibiendo continuación de cobertura bajo COBRA.

¿Qué es la continuación de cobertura bajo COBRA?

La Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA) exige que la mayoría de los planes de salud grupales provean una continuación temporera de la cobertura de salud grupal que, de otra manera, quedaría terminada.

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 más costoso que la cobertura de 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. La ley no es aplicable, sin embargo, a planes patrocinados por el gobierno federal o por iglesias y ciertas organizaciones relacionadas con las iglesias. Además, muchos estados disponen de leyes similares a COBRA, incluidas las que se aplican a las aseguradoras de empleadores que tienen menos de 20 empleados (a veces llamadas mini-COBRA). Haga una consulta en la oficina del comisionado de seguro estatal para ver si este tipo de cobertura está disponible para usted.

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. COBRA no cubre planes que sólo proveen seguro de vida o beneficios por incapacitado.

ERISA – la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 – 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 ofrece a los participantes y beneficiarios derechos que son ejecutables en los tribunales.

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. Puede haber opciones de cobertura más asequibles o más generosas para usted y su familia a través de otra cobertura de plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge), del Mercado de seguros médicos o Medicaid.

Si usted o sus dependientes están perdiendo su elegibilidad bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro de Salud (HIPAA, por sus siglas en inglés), 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 deberían haber tenido otra cobertura de salud cuando previamente se rehusó la cobertura bajo el plan en el cual ahora quiere inscribirse. Debe solicitar la inscripción especial dentro de **30** días de la pérdida de la cobertura basada en el empleo.

Perder la cobertura de salud basada en el empleo también se considera un evento de inscripción especial en el Mercado de seguros médicos (el Mercado). El Mercado ofrece un único lugar para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados. En el Mercado, podría ser elegible para obtener un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales, y reducciones en los costos compartidos (montos que disminuyen sus costos de desembolso para deducibles, coseguro y copagos), y puede ver cuáles serán sus primas, deducibles y costos de desembolso antes de tomar la decisión de inscribirse.

La elegibilidad para la continuación de la cobertura de COBRA no limitará su elegibilidad para obtener la cobertura del Mercado o el crédito fiscal. Puede solicitar la cobertura del Mercado a CuidadodeSalud.gov o bien, llame al **1-800-318-2596** (TTY **1-855-889-4325**). A fin de calificar para la inscripción especial en un plan del Mercado, debe seleccionar un plan dentro de **60** días anteriores o posteriores de la pérdida de la cobertura basada en el empleo. Además, durante el período de inscripción abierta, cualquier persona puede inscribirse para obtener cobertura del Mercado. Si necesita cobertura de salud en el período comprendido desde la pérdida de la cobertura basada en el empleo hasta el comienzo de la cobertura del Mercado (por ejemplo, si usted o un miembro de su familia necesitan atención médica), puede elegir la cobertura de COBRA del plan de su empleador anterior. La continuación de cobertura bajo COBRA le garantiza la obtención de cobertura de salud hasta el comienzo de la cobertura del plan del Mercado.

A través del Mercado también puede saber si califica para obtener cobertura gratuita o de bajo costo de Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Puede realizar una solicitud e inscribirse en Medicaid o CHIP en cualquier momento del año. Si califica, su cobertura comenzará inmediatamente. Visite el sitio Web del Mercado a CuidadodeSalud.gov o llame al **1-800-318-2596** (TTY **1-855-889-4325**) para obtener más información o solicitar uno de estos programas. También puede solicitar la cobertura de Medicaid; para ello, comuníquese con la oficina de Medicaid de su estado y obtenga más información sobre el programa CHIP de su estado llamando al **1-877-KIDS-NOW (543-7669)**, o puede visitar el sitio Web de Medicaid y CHIP a espanol.InsureKidsNow.gov.

Si usted o su dependiente eligen la continuación de cobertura bajo COBRA, tendrán otra oportunidad para solicitar la inscripción especial en un plan de salud grupal o un plan del Mercado si tiene un acontecimiento de inscripción especial, como matrimonio, nacimiento de un hijo o si se agota la continuación de su cobertura. Para que se agote la continuación de cobertura bajo COBRA, usted o su dependiente deben obtener el período máximo de continuación de cobertura que está disponible sin terminación temprana. Tenga en cuenta que si opta por finalizar su continuación de cobertura bajo COBRA en forma temprana y no tiene oportunidad de inscripción especial en ese momento, por lo general, debería esperar para inscribirse en otra cobertura hasta que comience el siguiente período de inscripción abierta para un plan de salud grupal nuevo o un plan del Mercado.

¿Quién tiene derecho a la continuación de cobertura?

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

- Su plan de salud grupal debería estar **cubierto** por COBRA;
- Debería ocurrir un **evento calificativo**; y
- Usted debería 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 al 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 debería 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 calificativo determina quiénes son los beneficiarios calificados para ese evento y el período de tiempo durante el cual un plan debería 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”; o
- 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. Según la Ley de la Cuidado de la Salud a Bajo Precio, los planes que ofrecen cobertura para los niños que están inscritos en el plan de sus padres deben ofrecer cobertura hasta que el niño cumpla los 26 años de edad.

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 debería 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 nacido, adoptado o puesto en adopción durante un período de continuación de cobertura es automáticamente considerado un beneficiario calificado. Agentes, contratistas independientes y directores de un empleador 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 deberían proveerles a los empleados cubiertos y a sus familias ciertas notificaciones explicando sus derechos bajo COBRA. Planes también deberían 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, deberían detallarse en el resumen de la descripción del plan (SPD, por sus siglas en inglés). Este resumen es un documento escrito que ofrece 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 debería darles a los participantes un resumen de las modificaciones sustanciales (SMM, por sus siglas en inglés) 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, debería 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 deberían proporcionarse dentro de los 30 días de un pedido por escrito.

Notificación general de COBRA

Los planes de salud grupales deberían 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 debería 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 debería 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 debería 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, debería ocurrir un evento calificativo y se debería notificar al plan de salud grupal acerca del evento calificativo. Quién debería proveer la notificación acerca del evento calificativo depende del tipo de evento calificativo.

El **empleador** debería 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; o
- La insolvencia del empleador del sector privado.

El empleador debe notificar al plan en el plazo de 30 días posteriores al evento.

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

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

Usted debería entender las reglas de su plan acerca de cómo debe presentar las notificaciones si ocurre uno de estos eventos calificativos. El plan debería tener procedimientos sobre cómo notificar un evento calificativo y los procedimientos deberían describirse tanto en la notificación general como en el SPD del plan. El plan puede establecer un tiempo límite para proveer este aviso, pero el tiempo límite no puede ser inferior a 60 días, comenzando con lo que ocurra más tarde de: (1) la fecha en que ocurre el evento calificativo; (2) la fecha en que usted pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificativo; o (3) la fecha en que se le informe, a través de la provisión de un SPD o de un aviso general de COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

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 debería 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 debería 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 debería 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 debería 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 denegar un pedido para la continuación de cobertura o para una extensión de la continuación de cobertura. Si usted o cualquier miembro de la familia solicitan continuación de cobertura o una extensión de esta cobertura, y el plan determina que usted o su familiar no tienen derecho a la cobertura solicitada por cualquier motivo, el plan debe proporcionarle a la persona que solicitó la cobertura un aviso de no disponibilidad de la continuación de cobertura. La notificación debería ser provista dentro de los 14 días de recibir el pedido y debería explicar la razón por la cual éste fue denegado.



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

La continuación de cobertura debería proporcionarse generalmente por un período máximo (18, 29 o 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 debería darle al beneficiario calificado una notificación acerca de la cancelación temprana. La notificación debería darse en cuanto sea practicable luego de tomarse la decisión, y debería 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 debería estar establecida en los documentos del plan (y en el SPD).

Procedimientos de elección

Si usted tiene derecho a elegir la continuación de cobertura COBRA, deberían ofrecerle 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 debería 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, debería 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.

Algunas personas que participan en el Programa de Ayuda de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés) tienen una segunda oportunidad para optar por la continuación de cobertura bajo COBRA. Las personas que son elegibles y reciben la Asignación por Reajuste Comercial (TRA, por sus siglas en inglés), las personas que serían elegibles para recibir la TRA, pero aún no han agotado los beneficios del seguro por desempleo (UI, por sus siglas en inglés) y las personas que reciben beneficios conforme al Programa de Ayuda de Ajuste Comercial Alternativa (ATAA, por sus siglas en inglés) o Ayuda para el Reempleo por Ajuste Comercial (RTAA, por sus siglas en inglés) y no optaron por COBRA durante el período de elección general, pueden obtener un segundo período de elección. Este segundo período de elección adicional comprende 60 días que se cuentan a partir del primer día del mes en el que se determina que la persona es elegible para obtener los beneficios de TAA que se enumeran más arriba, y recibe estos beneficios. Por ejemplo, si el período de elección general de la persona finaliza y se determina que esta es elegible para obtener la TRA (o sería elegible para la TRA pero no ha agotado los beneficios del UI) o comienza a recibir los beneficios de ATAA o RTAA 61 días después de quedar desempleada, al comienzo del mes, tendrá alrededor de 60 días más para optar por COBRA. No obstante, si esta misma persona no cumple con los criterios de elegibilidad hasta el final del mes, aun así los 60 días se cuentan a partir del primer día del mes en curso, con lo cual la persona tiene alrededor de 30 días. Además, la elección de COBRA tiene que realizarse a más tardar 6 meses después de la fecha en que se perdió la cobertura relacionada con el TAA. Por lo general, la cobertura de COBRA que se haya elegido durante el segundo período de elección comienza el primer día de dicho período. Visite doleta.gov/tradeact/ para obtener más información sobre la Ley de Comercio.

Beneficios bajo la continuación de cobertura

Si usted elige la continuación de cobertura, la cobertura que se le ofrece debería 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 calificador). 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 debería 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 período limitado de 18 o 36 meses. El plazo en el cual debería 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 calificativo 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 evento calificativo 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 evento calificativo, la cobertura bajo 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 evento calificativo de COBRA) la cobertura COBRA para su cónyuge e hijos estaría vigente durante 28 meses (36 meses menos 8 meses).

Para todos los demás eventos que califiquen, los beneficiarios calificados deben obtener **36 meses** de continuación de cobertura.¹

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 debería proveerle al beneficiario calificado una notificación acerca de dicha cancelación. (Vea **Sus derechos y responsabilidades bajo COBRA** líneas arriba en este folleto.)

Si decide finalizar la cobertura de COBRA en forma temprana, por lo general, no podrá obtener un plan del Mercado fuera del período de inscripción abierta. (Vea la sección **Alternativas a la continuación de cobertura bajo COBRA** más temprana 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, en primer lugar, que la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determine que el beneficiario calificado

¹ 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.

discapacitado está incapacitado antes de que transcurran 60 días de continuación de cobertura y, en segundo lugar, que la discapacidad continúa durante el resto del período de 18 meses de la continuación de cobertura.

El beneficiario calificado incapacitado u otra persona que lo represente debería 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; (3) la fecha en la que el beneficiario calificado pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificativo; o (4) la fecha en que se le informe al beneficiario calificado, a través de la provisión de un SPD o de un aviso general COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

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 debería 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 deberían 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 (ofreciendo 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 (bajos ciertas circunstancias), 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 deberían 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). El plan puede establecer un tiempo límite para proveer este aviso, pero el tiempo límite no puede ser inferior a 60 días, comenzando con lo que ocurra más tarde de: (1) la fecha en que ocurre el evento calificativo; (2) la fecha en que usted pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificativo; o (3) la fecha en que se le informe, a través de la provisión de un SPD o de un aviso general de COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

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 debería 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 ²
Inscripción del empleado en Medicare	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses ³
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

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 calificativo. 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 debería fijarse con anticipación a cada ciclo de 12 meses de primas. El plan debería 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 debería contener toda la información que usted necesita para entender las primas de COBRA que tendrá que pagar, las fechas de 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. Si 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 debería 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.

² 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.)

³ El período real de la continuación de cobertura puede variar según algunos factores, por ejemplo, si el derecho a Medicare ocurrió antes o después del cese de empleo o reducción de horas del empleado cubierto. Para obtener más información, vea arriba la sección **Duración de la continuación de cobertura** más temprana en este folleto o comuníquese con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) del Departamento del Trabajo electrónicamente a askebsa.dol.gov, o llame al 1-866-444-3272.

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 periodo 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.

Algunos empleadores pueden subsidiar o pagar el costo completo de la cobertura de salud, incluida la cobertura de COBRA, para los empleados despedidos y sus familias, como parte de un acuerdo de indemnización por despido. Si recibe este tipo de beneficio de indemnización por despido, hable con el administrador del plan acerca de cómo esto afectará su cobertura de COBRA o sus derechos a una inscripción especial.

Crédito fiscal para la cobertura médica

Algunas personas pueden ser elegibles para obtener un crédito federal para los impuestos sobre los ingresos, que puede ayudar con los pagos de las primas mensuales. Si está disponible, el Crédito Tributario para Cobertura de Salud (HCTC, por sus siglas en inglés) es un crédito fiscal reembolsable para pagar los tipos especificados de cobertura del seguro médico (incluye la continuación de cobertura bajo COBRA).

Entre las personas potencialmente elegibles para obtener el HCTC se incluyen los trabajadores que pierden su empleo debido a los efectos negativos del comercio mundial y que son elegibles para recibir determinados beneficios, conforme al Programa de Asistencia de Ajuste Comercial (TAA, por sus siglas en inglés), así como ciertas personas que reciben pagos de pensión de la Pension Benefit Guaranty Corporation (PBGC, por sus siglas en inglés). El HCTC paga el 72.5 por ciento de las primas del seguro médico que cualifique, y las personas tienen que pagar el 27.5 por ciento. Para obtener más información sobre el TAA, visite doleta.gov/tradeact/.

Las personas que son elegibles para el HCTC pueden solicitar el crédito fiscal en sus declaraciones de impuesto sobre los ingresos al final del año. Los familiares que califican de los recipientes de los TAA que son elegibles o los beneficiarios de PBGC que se inscriben en Medicare, fallecen o finalizan un divorcio son elegibles para recibir el HCTC por hasta 24 meses, a partir del mes en que ocurre el acontecimiento.

Las personas que tengan preguntas sobre el crédito fiscal para la cobertura médica tienen que visitar el sitio Web irs.gov/HCTC.

Coordinación con otras leyes respecto a beneficios federales

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA, por sus siglas en inglés) exige que un empleador mantenga cobertura bajo cualquier “plan de salud grupal” para un empleado con ausencia 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 ausencia familiar o médica **no** es una continuación de cobertura bajo COBRA, y tomar una ausencia 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 ausencia bajo FMLA que decide no regresar al trabajo y le notifica este hecho a su empleador.

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) ofrece protecciones adicionales para la cobertura de los planes de salud grupales basados en el empleo, incluida la continuación de cobertura bajo COBRA. Estas incluyen:

- Extender la cobertura de hijos dependientes hasta los 26 años de edad.
- Prohibir los límites o las exclusiones de la cobertura por condiciones preexistentes.
- Prohibir los límites en dólares anuales o de por vida para los beneficios de salud esenciales.
- Exigir a los planes de salud grupales y a las aseguradoras que proporcionen un resumen fácil de entender sobre los beneficios y la cobertura del plan de salud.

Las protecciones adicionales que pueden aplicarse al plan de su empleador incluyen cobertura para:

- Ciertos servicios preventivos (como medición de la presión arterial y pruebas de diabetes y colesterol, visitas regulares de bebé sano y niño sano, vacunas de rutina y muchas pruebas de detección de cáncer) sin costos compartidos.
- Servicios de emergencia recibidos en el departamento de emergencia de un hospital fuera de la red del plan sin la aprobación previa de su plan de salud.

Medicare es el programa de seguro médico federal para las personas de 65 años o más y ciertas personas de menor edad con discapacidades o enfermedad renal en etapa final. Si está inscrito en Medicare y obtiene la continuación de cobertura COBRA, puede haber una coordinación especial de las normas de beneficios que determinan qué cobertura es pagadora principal de los beneficios. Consulte su resumen de la descripción del plan para ver si se aplican normas especiales o consulte al administrador de su plan.

Papel del gobierno federal

Varias agencias administran las leyes respecto a la continuación de cobertura bajo COBRA. Los Departamentos del 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 relacionada con la continuación de cobertura, que se aplica a los planes de salud del gobierno estatal y local.

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 del Trabajo y del Tesoro comparten jurisdicción para la aplicación de estas disposiciones.

Recursos

Si necesita información adicional sobre COBRA, ACA, HIPAA, o ERISA, visite el sitio Web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA) en dol.gov/ebsa. O bien, puede comunicarse con EBSA electrónicamente a askebsa.dol.gov, o llame al número gratuito 1-866-444-3272.

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 C1-22-06
Baltimore, MD 21244-1850

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

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en el Mercado de seguros médicos, por ejemplo, cuándo será el próximo período de inscripción abierta y qué debe saber sobre los eventos que califican y las necesidades de inscripción especial, visite CuidadodeSalud.gov.

Puede encontrar más información FMLA en el sitio Web de la División de Horas y Salarios del Departamento del Trabajo de EE.UU. en dol.gov/whd o llame al número gratuito 1-800-487-9243.

Para obtener más información sobre Medicare, visite Medicare.gov o llame al **1-800-MEDICARE**.

Para información en el Programa de Ayuda de Ajuste Comercial (TAA), visite doleta.gov/tradeact.
Para información sobre el Crédito Tributario para Cobertura de Salud (HCTC), visite irs.gov/HCTC.



ADMINISTRACIÓN DE SEGURIDAD DE BENEFICIOS DEL EMPLEADO
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO DE EE.UU.

Septiembre 2015