

# Notificación general del modelo ARP y notificación de la elección de continuación de cobertura bajo COBRA

(Para uso de planes de salud grupales para beneficiarios calificados que tienen eventos calificativos que ocurren desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021)

## Instrucciones

El Departamento de Trabajo ha desarrollado un modelo de notificación de la elección de continuación de cobertura de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) que el Plan puede utilizar para proporcionar la notificación de la elección. Para usar correctamente este modelo de notificación de la elección, el Administrador del Plan debe completar los espacios en blanco con la información apropiada del plan. El Departamento considera que el uso apropiado del modelo de notificación de la elección es un cumplimiento de buena fe con los requisitos de contenido de la notificación de la elección de COBRA y la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP, por sus siglas en inglés). No es necesario que utilice el modelo de notificación, pero puede ayudarlo a cumplir con los requisitos de notificación aplicables. Al distribuir el modelo de notificación, el Administrador del Plan también debe incluir el anexo *Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021*, que contiene información sobre el ARP, y formularios para elegir o discontinuar la asistencia de prima, para satisfacer los requisitos de notificación de la ARP.

**NOTA:** No es necesario que los planes incluyan esta página de instrucciones con el modelo de notificación de la elección.

## Declaración sobre la Ley de Reducción de Trámites Administrativos

De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites Administrativos de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no se requiere que ninguna persona responda a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por OMB bajo la PRA y muestre un número de control de OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3507. Además, sin perjuicio de cualquier otra estipulación de la ley, ninguna persona estará sujeta a una multa por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control OMB actualmente válido. Ver 44 U.S.C. 3512.

La recopilación de esta información está autorizada por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria de 1985 (COBRA, por sus siglas en inglés) y la Sección 9501 de la Ley del Plan de Rescate Estadounidense (Pub. L. 117-2). La obligación de los empleadores de responder a esta recopilación es obligatoria para proporcionar las notificaciones requeridas para permitir que las personas obtengan los beneficios permitidos por la ley. Se solicita a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento del Trabajo de EE.UU., Oficina de Regulaciones e Interpretaciones, Atención: Oficial de Autorización de PRA, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebbsa.opr@dol.gov](mailto:ebbsa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control de OMB 1210-0167.

La carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información se muestra en el siguiente gráfico.

Tipo de notificación	Tiempo medio estimado
Notificación general	Carga adicional mínima como ya se cubre en el número de control OMB 1210-0123.
Notificación en relación con períodos electorales extendidos	1 minuto por respuesta
Notificación alternativa	2 minutos por respuesta
Notificación de vencimiento de la asistencia para la prima	1 minuto por respuesta

## Notificación general modelo ARP y notificación de la elección de continuación de cobertura bajo COBRA

(Para uso de planes de salud grupales para beneficiarios calificado que tienen eventos calificativos que ocurren desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021)

### INFORMACIÓN IMPORTANTE: Continuación de cobertura bajo COBRA y otras alternativas de cobertura de salud

[Escriba la fecha de la notificación]

Estimado: [Identifique al beneficiario(s) calificado(s), por nombre o estado]

Esta notificación contiene información importante sobre sus derechos relacionados con la cobertura de atención médica continua en [Escriba el nombre del plan de salud grupal] (el Plan), así como otras opciones de cobertura de salud que pueden estar disponibles para usted, incluyendo la cobertura a través de Medicaid o el Mercado de Seguros Médicos®<sup>1</sup>. Para inscribirse en la cobertura del Mercado, visite [www.CuidadodeSalud.gov](http://www.CuidadodeSalud.gov) o llame al 1-800-318-2596 (TTY: 1-855-889-4325). La mayoría de la gente de los estados utiliza [www.CuidadodeSalud.gov](http://www.CuidadodeSalud.gov) para solicitar e inscribirse en cobertura de salud; si su estado tiene su propia plataforma del Mercado, puede encontrar la información de contacto aquí: <http://www.cuidadodesalud.gov/es/marketplace-in-your-state/>.

Lea atentamente la información de esta notificación antes de tomar una decisión. Si opta por elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, debe usar el Formulario de elección que se proporciona más adelante en esta notificación.

La Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 (ARP, por sus siglas en inglés) proporciona asistencia de prima temporera para la continuación de cobertura bajo COBRA y, cuando el empleador elige ofrecer la opción, la oportunidad de cambiar a una opción de plan de salud diferente ofrecida por el empleador. La asistencia con la prima está disponible para ciertas personas que son elegibles para la continuación de cobertura bajo COBRA debido a un evento calificativo que es una reducción de horas o una terminación involuntaria del empleo. Si califica para la asistencia con la prima, no es necesario que pague ninguna de las primas de COBRA que de otro modo se adeudarían al plan. Esta asistencia para la prima está disponible desde el 1 de abril de 2021 hasta el 30 de septiembre de 2021. Si continúa con su continuación de cobertura bajo COBRA más allá de esa fecha, tendrá que pagar el monto total adeudado. Sin embargo, cuando finalice su asistencia con la prima, es posible que califique para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos® (consulte la sección sobre “Mercado de Seguros Médicos®” a continuación).

Para determinar si es elegible para la asistencia con la prima de COBRA según el ARP, revise cuidadosamente esta notificación y el documento adjunto titulado *Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021*.

---

<sup>1</sup> Mercado de Seguros Médicos® es una marca de servicio registrada del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EEUU.

Si cree que es una persona elegible y desea elegir la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia de prima temporera, complete la "Solicitud de tratamiento como persona elegible para asistencia" y devuélvala al plan de salud con su Formulario de elección completo.

### ¿Por qué recibo esta notificación?

Usted esta recibiendo esta notificación porque su cobertura bajo el Plan finalizará el [Escriba la fecha] debido a [marque la casilla correspondiente]:

- Fin del empleo (voluntario)
- Fin del empleo (involuntario)
- Fallecimiento de empleado
- Derecho a Medicare
- Reducción de horas de trabajo
- Divorcio o separación legal
- Pérdida de la clasificación de hijo dependiente

La ley federal requiere que la mayoría de los planes de salud grupales (incluido este Plan) ofrecen a los empleados y a sus familias la oportunidad de continuar con su cobertura de atención médica a través de la continuación de cobertura bajo COBRA cuando hay un "evento calificativo", como los enumerados anteriormente, que podría resultar en una pérdida de cobertura bajo el plan de un empleador.

### ¿Qué es la continuación de cobertura bajo COBRA?

La continuación de cobertura bajo COBRA es la misma cobertura que el Plan ofrece a otros participantes o beneficiarios que no reciben la continuación de cobertura. Cada "beneficiario calificado" (descrito a continuación) que elija la continuación de cobertura bajo COBRA tendrá los mismos derechos bajo el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el Plan.

### ¿Quiénes son los beneficiarios calificados?

Cada persona ("beneficiario calificado") en las categorías marcadas a continuación puede elegir de forma independiente la continuación de cobertura bajo COBRA:

- Empleado o ex empleado
- *Cónyuge o ex cónyuge*
- Hijo(s) dependiente(s) cubiertos por el Plan el día antes del evento que causó la pérdida de cobertura (un padre o tutor legal puede *elegir en nombre de un dependiente*)
- Hijo que pierde la cobertura del Plan porque ya no es dependiente del Plan

### ¿Existen otras opciones de cobertura además de la continuación de cobertura bajo COBRA?

Sí. Puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado, Medicare u otras opciones de cobertura de planes de salud grupales (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina un "período de inscripción especial". Además, puede solicitar y, si es elegible, inscribirse en Medicaid en cualquier momento. Si no es elegible para recibir asistencia con las primas según el ARP, algunas de estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura bajo COBRA. Si es elegible para otro cobertura de salud grupal, como a través del plan de un nuevo empleador o el plan de un cónyuge (sin incluir beneficios exceptuados, un arreglo de reembolso de salud de empleador pequeño calificado (QSEHRA, por sus siglas en inglés) o un arreglo de costos flexibles de salud (FSA, por sus siglas en inglés), o si es elegible para Medicare, no es elegible para la asistencia con la prima de ARP. Sin embargo, si tiene cobertura de salud individual, como un plan a través del Mercado, o si tiene Medicaid,

puede ser elegible para la asistencia con la prima de ARP si elige la continuación de cobertura bajo COBRA. No será elegible para un crédito fiscal para la prima, o pagos por adelantado del crédito fiscal para la prima, para su cobertura del Mercado durante los meses que esté inscrito en la continuación de cobertura bajo COBRA y es posible que no sea elegible para los meses durante los cuales sigue siendo un empleado, pero es elegible para la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia para las primas debido a una reducción de horas. Si es elegible para Medicare, considere inscribirse durante su período de inscripción especial para evitar una brecha en la cobertura cuando finalice su cobertura de COBRA y una multa por inscripción tardía.

Debe comparar sus otras opciones de cobertura con la continuación de cobertura bajo COBRA y elegir la cobertura que sea mejor para usted. Por ejemplo, si se cambia a otra cobertura, es posible que pague más de su bolsillo de lo que pagaría bajo COBRA porque la nueva cobertura puede imponer un nuevo deducible. Además, tenga en cuenta que, si elige la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con la prima, es posible que califique para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado cuando finalice la asistencia con la prima. Puede utilizar el período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura bajo COBRA cuando finaliza la asistencia con la prima y, de lo contrario, es elegible.

Cuando pierde la cobertura de salud basado en el trabajo, es importante que elija cuidadosamente entre la continuación de cobertura bajo COBRA y otras opciones de cobertura, porque una vez que haya hecho su elección, puede ser difícil o imposible cambiar a otra opción de cobertura hasta la próxima apertura disponible y período de inscripción.

### **Si elijo la continuación de cobertura bajo COBRA, ¿cuándo comenzará mi cobertura y cuánto durará el cobertura?**

Si elige, la continuación de cobertura bajo COBRA comenzará el *[escriba la fecha]* y puede durar hasta el *[escriba la fecha]*. Si su evento calificativo de COBRA fue la reducción de horas del empleado o la terminación involuntaria del empleo, puede ser elegible para asistencia con la prima ARP desde *[escriba el 1 de abril o si el evento calificativo es posterior a esta fecha, la fecha del evento calificativo]* hasta el 30 de septiembre de 2021.

*[Agregue, si corresponde: Puede elegir cualquiera de las siguientes opciones para la continuación de cobertura bajo COBRA: [enumere las opciones de cobertura disponibles].*

*[Si el plan permite que las Personas elegibles para recibir asistencia eligen por inscribirse en una cobertura diferente a la cobertura en el que estaba inscrita la persona en el momento en que ocurrió el evento calificativo, inserte: “Además, según el ARP, es posible que tenga derecho a cambiar las opciones de cobertura adicionales en las que no estaba inscrito anteriormente. Para cambiar las opciones de cobertura para su continuación de cobertura bajo COBRA a algo diferente a lo que tenía el último día de empleo o antes de su reducción de horas, complete el “Formulario para Cambio de opciones de beneficios de continuación de cobertura bajo COBRA” y devuélvanoslo. Las opciones de cobertura disponibles son: [escribir lista de opciones de cobertura disponibles]”. Para ser elegible para la asistencia con las primas, la cobertura diferente debe costar lo mismo o menos que la cobertura que tenía en el momento del evento calificativo; ofrecerse a empleados activos en igual situación; y no puede limitarse solo a los beneficios exceptuados, un QSEHRA o una FSA de salud.]*

La continuación de cobertura bajo COBRA puede finalizar antes de la fecha indicada anteriormente en ciertas circunstancias, incluso por falta de pago de las primas, por fraude o si está cubierto por otro plan de salud grupal o tiene derecho a Medicare.

## ¿Puedo extender la duración de la continuación de cobertura bajo COBRA?

Si elige la continuación de cobertura bajo COBRA, es posible que pueda extender la duración de la continuación de cobertura bajo COBRA si un beneficiario calificado está incapacitado o si ocurre un segundo evento calificativo. Debe notificar a [escriba el nombre de la parte responsable de la administración de COBRA] sobre una incapacidad o un segundo evento calificativo dentro de un período de tiempo determinado para extender el período de continuación de cobertura bajo COBRA. Si no proporciona una notificación de una incapacidad o un segundo evento calificativo dentro del período de tiempo requerido, afectará su derecho a extender el período de continuación de la cobertura.

Para obtener más información sobre la extensión de la continuación de cobertura bajo COBRA, visite <https://www.dol.gov/sites/dolgov/files/EBSA/about-ebbsa/our-activities/resource-center/publications/an-employees-guide-to-health-benefits-under-cobra-spanish.pdf>.

## ¿Cuánto cuesta la continuación de cobertura bajo COBRA?

La continuación de cobertura bajo COBRA costará: [Escriba la cantidad que cada beneficiario calificado deberá pagar por cada opción por mes de cobertura y cualquier otro período de cobertura permitido.]

ARP reduce la prima de COBRA a cero en algunos casos. Si califica como “Persona elegible para recibir asistencia” según el ARP, el costo de la prima mensual será cero hasta el 30 de septiembre de 2021.

Si opta por la continuación de cobertura, no es necesario que envíe ningún pago con el formulario de elección. De ser necesario, se le proporcionará información adicional sobre el pago, después de que el Plan reciba el Formulario de elección. Puede encontrar información importante sobre el pago de su prima al final de esta notificación.

**Puede calificar para un período de inscripción especial para registrarse en la cobertura del Mercado cuando finalice su continuación de cobertura bajo COBRA y/o su asistencia con la prima. Es posible que pueda obtener cobertura a través de Medicaid o del Mercado de Seguros Médicos®. Puede obtener más información sobre el Mercado a continuación.**

## ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos®?

El Mercado de Seguros Médicos® ofrece “compras integrales” para encontrar y comparar opciones de seguros médicos individuales privados. En el Mercado, podría ser elegible para un subsidio que reduzca sus primas mensuales y para reducciones de costos compartidos (que reducen sus costos de desembolso personal por deducibles, coseguro y copagos) de inmediato, además podrá saber cuál es su subsidio, la prima, los deducibles y los costos de desembolso personal antes de que tome la decisión de inscribirse. Bajo el ARP, las personas y familias pueden ser elegibles para un aumento temporal en su crédito fiscal para primas y pagos anticipados del crédito fiscal para primas para este año, sin que nadie que sea elegible pague más del 8.5% de sus ingresos familiares para el costo del plan de referencia o un plan menos costoso para los años del plan 2021 y 2022. A través de un Mercado, también sabrá si puede calificar para una cobertura gratis o de bajo costo de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). La mayoría de la gente de los estados usa CuidadoDeSalud.gov para solicitar e inscribirse en la cobertura del Mercado; si su estado tiene su propia plataforma del Mercado, puede encontrar la información de contacto de su Mercado estatal aquí: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/marketplace-in-your-state/>.

El hecho de que se le ofrezca la continuación de cobertura bajo COBRA no limitará su elegibilidad para Medicaid. El ser un ex empleado del empleador que ofrece la cobertura tampoco limitará su elegibilidad para la cobertura del Mercado o para un subsidio a través de un Mercado. Pero no será elegible para un subsidio o crédito fiscal durante ningún mes en el que esté inscrito en la continuación de cobertura bajo COBRA. Por lo tanto, si desea utilizar un período de inscripción especial para registrarse en la cobertura del Mercado con un subsidio o un crédito fiscal, debe finalizar su continuación de cobertura bajo COBRA antes de que comience su cobertura del Mercado.

Si actualmente está empleado por el empleador que ofrece la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con las primas, puede inscribirse en la cobertura del Mercado, pero es posible que no sea elegible para un subsidio o un crédito fiscal para la prima de la cobertura del Mercado durante el período en que se le ofrece la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con la prima.

## ¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura del Mercado?

Los consumidores elegibles del Mercado pueden inscribirse en esta cobertura si califican para un período de inscripción especial. Por ejemplo, los consumidores elegibles por el Mercado siempre tienen 60 días desde el momento en que pierden su cobertura basada en el trabajo para inscribirse en el Mercado, o pueden solicitarlo hasta 60 días de antelación si saben por adelantado que perderán la cobertura. **Después de 60 días, el período de inscripción especial finalizará y es posible que los consumidores elegibles por el Mercado no puedan inscribirse a menos que califiquen para otro período de inscripción especial, por lo que deben tomar medidas de inmediato si desean inscribirse en la cobertura del Mercado.** Además, durante lo que se llama un período de "inscripción abierta", los consumidores elegibles por el Mercado pueden inscribirse del 1 de noviembre al 15 de diciembre en la cobertura del Mercado que comienza el 1 de enero. Finalmente, de ser elegibles, pueden solicitar inscribirse en la cobertura de Medicaid en cualquier momento.

Tenga en cuenta que debido al COVID-19, para los Mercados que usan CuidadoDeSalud.gov, todos los consumidores elegibles por el Mercado que presenten una nueva solicitud o actualicen una solicitud existente pueden acceder a un período de inscripción especial disponible a través de la plataforma CuidadoDeSalud.gov desde el 15 de febrero hasta agosto 15 de 2021. Para obtener más información, consulte: [www.CuidadoDeSalud.gov/es/sep-list/](http://www.CuidadoDeSalud.gov/es/sep-list/). Los consumidores elegibles para el Mercado en estados con Mercados que no usan la plataforma CuidadoDeSalud.gov deben consultar su Mercado para averiguar si tienen un período de inscripción especial disponible para ellos. Si su estado tiene su propia plataforma del Mercado, puede encontrar la información de contacto de su Mercado estatal aquí: [www.CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-in-your-state/](http://www.CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-in-your-state/).

Además, bajo el ARP, las personas y familias pueden ser elegibles para un aumento temporal en su crédito fiscal para primas y el pago por adelantado del crédito fiscal para primas para 2021 y 2022, sin que nadie que sea elegible pague más del 8.5% de sus ingresos familiares para el costo del plan de referencia o un plan menos costoso.

Para obtener más información sobre cómo inscribirse en el Mercado, como cuándo será el próximo período de inscripción abierta y qué necesita saber sobre los eventos calificativos y los períodos especiales de inscripción, visite [www.CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/](http://www.CuidadoDeSalud.gov/es/coverage-outside-open-enrollment/special-enrollment-period/). Si su estado tiene su propia plataforma del Mercado, puede encontrar la información de contacto de su Mercado estatal: <https://www.CuidadoDeSalud.gov/es/marketplace-in-your-state/>. Tenga en cuenta que, de ser elegible, puede solicitar e inscribirse en la cobertura de Medicaid en cualquier momento.

## **Si me inscribo en la continuación de cobertura bajo COBRA, ¿puedo cambiarme a la cobertura en el Mercado? ¿Qué sucede si elijo la cobertura del Mercado y deseo volver a la continuación de cobertura bajo COBRA?**

Si se inscribe en la continuación de cobertura bajo COBRA, puede cambiarse a un plan del Mercado durante el período de inscripción abierta anual del Mercado o durante un período de inscripción especial. Si elige la continuación de cobertura bajo COBRA con asistencia con la prima, entonces puede calificar para un período de inscripción especial para inscribirse en la cobertura del Mercado cuando finalice la asistencia con la prima. Puede utilizar el período de inscripción especial para registrarse en la cobertura del Mercado con un crédito fiscal si finaliza su continuación de cobertura bajo COBRA cuando finaliza la asistencia con la prima y, de lo contrario, es elegible. Pero tenga cuidado: si cancela su continuación de cobertura bajo COBRA antes de tiempo sin otro evento que lo califique para la inscripción especial, es posible que deba esperar para inscribirse en la cobertura del Mercado hasta el próximo período de inscripción abierta disponible, y podría terminar sin seguro de salud mientras tanto.

Alternativamente, una vez que haya agotado su continuación de cobertura bajo COBRA y la cobertura expire, puede ser elegible para un período de inscripción especial para registrarse en la cobertura del Mercado, si es elegible para el mismo, incluso si la inscripción abierta del Mercado ha finalizado y no se aplican otros eventos calificativos. Para obtener más información sobre la continuación de cobertura bajo COBRA y el Mercado, visite [www.CuidadoDeSalud.gov/es/unemployed/cobra-coverage/](http://www.CuidadoDeSalud.gov/es/unemployed/cobra-coverage/).

Si se inscribe en la cobertura del Mercado en lugar de la continuación de cobertura bajo COBRA, no podrá cambiar a la continuación de cobertura bajo COBRA una vez que finalice su período de elección de COBRA.

## **¿Puedo inscribirme en otro plan de salud grupal?**

Puede ser elegible para inscribirse en la cobertura de otro plan de salud grupal (como el plan de un cónyuge), si solicita la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de la cobertura.

Si usted o su dependiente deciden elegir la continuación de cobertura bajo COBRA en lugar de inscribirse en otro plan de salud grupal para el que es elegible, tendrá otra oportunidad de inscribirse en el otro plan de salud grupal dentro de los 30 días de perder su continuación de cobertura bajo COBRA.

## **¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de la continuación de cobertura bajo COBRA después de que finalice la cobertura de mi plan de salud grupal?**

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial para la Parte A o B de Medicare, tiene un período de inscripción especial de 8 meses<sup>2</sup> para inscribirse, comenzando a principios de:

- El mes posterior a la finalización de su empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de salud grupal basado en el empleo actual.

---

<sup>2</sup> <https://es.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>. Estas reglas son diferentes para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés).



Si no se inscribe en la Parte B de Medicare y elige la continuación de cobertura bajo COBRA, es posible que deba pagar una multa de por vida por la inscripción tardía de la Parte B y puede tener una brecha en la cobertura si decide que desea la Parte B más adelante. Si elige la continuación de cobertura bajo COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la continuación de cobertura bajo COBRA, el Plan puede cancelar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o la Parte B de Medicare entran en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la continuación de cobertura bajo COBRA no puede interrumpirse según la elegibilidad de Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de elección de la continuación de cobertura bajo COBRA.

Si está inscrito tanto en continuación de cobertura bajo COBRA como en Medicare, este último generalmente pagará primero (como pagador principal) y la continuación de cobertura bajo COBRA pagará en segundo lugar. Ciertos planes de continuación de cobertura bajo COBRA pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si no está inscrito en Medicare.

Para obtener más información, visite <https://es.medicare.gov/medicare-and-you>.

## ¿Qué factores debo considerar al elegir las opciones de cobertura?

Al considerar sus opciones de cobertura de salud, tal vez quiera considerar:

- **Primas:** su plan anterior puede cobrar hasta el 102% del total de las primas del plan por la continuación de cobertura bajo COBRA (o hasta el 150% del total de las primas del plan después de 18 meses si elige extender el período de continuación de cobertura bajo COBRA más allá de los 18 meses debido a la incapacidad de beneficiario calificado) si no es elegible para recibir asistencia con las primas según el ARP. Si es elegible para recibir asistencia con las primas según el ARP, su plan puede cobrar este monto si continúa con la continuación de cobertura bajo COBRA más allá del 30 de septiembre de 2021. Otras opciones, como la cobertura en el plan de un cónyuge, Medicaid o la cobertura a través de un plan del Mercado, pueden ser menos costosas en ese momento.
- **Redes de proveedores:** si actualmente recibe atención o tratamiento para una condición, un cambio en su cobertura de salud puede afectar su acceso a un proveedor de atención médica en particular. Es posible que desee verificar si sus proveedores actuales de atención médica participan en una red y si tendrá acceso a esa red a través de cualquier otra opción al considerar opciones de cobertura de salud.
- **Formularios de medicamentos:** si actualmente está tomando medicamentos, un cambio en su cobertura de salud puede afectar sus costos de medicamentos y, en algunos casos, es posible que su medicamento no esté cubierto por otro plan. Es posible que desee verificar si sus medicamentos actuales están incluidos en los formularios de medicamentos para otras coberturas de salud.
- **Pagos por despido:** si perdió su trabajo y recibió un paquete de despido de su empleador anterior, es posible que su empleador anterior le haya ofrecido pagar parte o la totalidad de los pagos de la prima de la continuación de cobertura bajo COBRA durante un período de tiempo. En este escenario, es posible que desee comunicarse con el Departamento del Trabajo al 1-866-444-3272 para analizar sus opciones.
- **Áreas de servicio:** algunos planes limitan sus beneficios a áreas específicas de servicio o cobertura; por lo tanto, si se muda a otra área del país, es posible que no pueda utilizar sus beneficios. Es posible que desee ver si su plan tiene un área de servicio o cobertura, u otras limitaciones similares.
- **Otros costos compartidos:** además de las primas o contribuciones para la cobertura de salud, probablemente pague copagos, deducibles, coseguro u otros montos a medida que usa sus beneficios. Es posible que desee verificar cuáles son los requisitos de participación en los costos para otras opciones de cobertura de salud. Por ejemplo, una opción puede tener primas

mensuales mucho más bajas, pero un deducible y copagos mucho más altos. Es posible que también desee considerar si ha alcanzado su deducible o el límite máximo de desembolso personal en virtud de la continuación de cobertura bajo COBRA.

## Para más información

Esta notificación no describe completamente la continuación de cobertura bajo COBRA u otros derechos bajo el Plan. Más información sobre la continuación de cobertura bajo COBRA y sus derechos bajo el Plan está disponible en el resumen de la descripción de su plan o en su Administrador del Plan.

Si tiene preguntas sobre la información en esta notificación o sus derechos al seguro, o si desea una copia del resumen de la descripción de su plan, comuníquese con [*escriba el nombre de la parte responsable por la administración de COBRA para el Plan, con número de teléfono y dirección*].

Para obtener más información sobre sus derechos bajo la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afectan a los planes de salud grupales, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de EE.UU. en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa>, comuníquese electrónicamente en <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/ask-a-question/hace-una-pregunta>, o llame a su número gratuito al 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro de salud disponibles a través del Mercado de Seguros Médicos® y para encontrar un asistente en su área con quien pueda hablar sobre las diferentes opciones, visite [www.CuidadoDeSalud.gov](http://www.CuidadoDeSalud.gov).

## Mantenga su plan informado sobre los cambios de dirección

Para proteger sus derechos y los de su familia, mantenga informado al Administrador del Plan de cualquier cambio en su dirección y las direcciones de los miembros de la familia. También debe guardar una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan.

## Formulario de elección de continuación de cobertura bajo COBRA

Instrucciones: Para elegir la continuación de cobertura bajo COBRA, complete este formulario de elección y envíenoslo. Según la ley federal, tiene 60 días después de la fecha de esta notificación para decidir si desea elegir la continuación de cobertura bajo COBRA bajo el Plan, a menos que tenga derecho a tiempo adicional bajo una política o programa federal. Por ejemplo, puede tener derecho a más tiempo debido a una emergencia nacional. Sin embargo, si no elige la continuación de cobertura bajo COBRA y la asistencia con la prima dentro de los 60 días posteriores a la recepción de este formulario, es posible que no sea elegible para la asistencia con la prima según el ARP.

Envíe el formulario de elección completo a: *[Escriba el nombre y la dirección]*

Este formulario de elección debe completarse y enviarse por correo *[o describir otros medios de presentación y fecha de vencimiento]*. Si se envía por correo, debe tener matasellos a más tardar *[Escriba la fecha]*.

Si no envía un formulario de elección completo antes de la fecha de vencimiento que se muestra arriba, puede perder su derecho a elegir la continuación de cobertura bajo COBRA. Si rechaza la continuación de cobertura bajo COBRA antes de la fecha de vencimiento, puede cambiar de opinión siempre que envíe un formulario de elección completo antes de la fecha de vencimiento. Sin embargo, si cambia de opinión después de rechazar por primera vez la continuación de cobertura bajo COBRA, la misma comenzará en la fecha en que envíe el formulario de elección completo.

Lea la información importante sobre sus derechos incluida en las páginas posteriores al formulario de elección.

Yo (nosotros) elijo (elegimos) seguir con (el Plan) de la continuación de cobertura bajo COBRA en el *[Escriba el nombre del plan]* que se indica a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	SSN (u otro identificador)
a.	_____		
	<i>[Añadir si aplica: Opción de seguro elegida: _____]</i>		
b.	_____		
	<i>[Añadir si aplica: Opción de seguro elegida: _____]</i>		
c.	_____		
	<i>[Añadir si aplica: Opción de seguro elegida: _____]</i>		

_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre impreso	_____ Relación con la(s) persona(s) enumeradas anteriormente
_____ Dirección impresa	_____ Número de teléfono

[Utilice este formulario modelo únicamente si el plan permite que las personas elegibles para recibir asistencia elijan inscribirse en una cobertura diferente a la cobertura en el que estaba inscrita la persona en el momento en que ocurrió el evento calificativo.]

## Formulario para cambiar las opciones de beneficios de la continuación de cobertura bajo COBRA

Instrucciones: Para cambiar las opciones de beneficios para su continuación de cobertura bajo COBRA a algo diferente de lo que usted o el empleado participante tenían el último día de cobertura, complete este formulario y devuélvanoslo. Según la ley federal, tiene 90 días después de la fecha de esta notificación para decidir si desea cambiar las opciones de beneficios.

Envíe el formulario completo a: [Escriba nombre y dirección]

Este formulario debe completarse y enviarse por correo [o describir otros medios de presentación y fecha de vencimiento]. Si se envía por correo, debe tener sello postal a más tardar [escriba la fecha].

\* ESTE NO ES SU NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN\*

DEBE COMPLETAR Y ENVIAR POR SEPARADO EL NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN PARA ASEGURAR SU CONTINUACIÓN DE COBERTURA BAJO COBRA.

Yo (nosotros) elijo (elegimos) seguir con (el Plan) de la continuación de cobertura bajo COBRA en el [Escriba el nombre del plan] que se indica a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el empleado	SSN (u otro identificador)
--------	---------------------	--------------------------	----------------------------

- a. \_\_\_\_\_  
Opción de cobertura anterior: \_\_\_\_\_  
Nueva opción de cobertura: \_\_\_\_\_
- b. \_\_\_\_\_  
Opción de cobertura anterior: \_\_\_\_\_  
Nueva opción de cobertura: \_\_\_\_\_
- c. \_\_\_\_\_  
Opción de cobertura anterior: \_\_\_\_\_  
Nueva opción de cobertura: \_\_\_\_\_

_____ Firma	_____ Fecha
----------------	----------------

_____ Nombre impreso	_____ Relación con la(s) persona(s) enumeradas anteriormente
-------------------------	---

_____ Dirección impresa	_____ Número de teléfono
----------------------------	-----------------------------

## Información importante sobre el pago

La siguiente información de pago es relevante para las personas que no son elegibles para la asistencia con la prima según el ARP:

### *Primer pago para la continuación de cobertura bajo COBRA*

Debe realizar su primer pago por la continuación de cobertura bajo COBRA a más tardar 45 días después de la fecha de su elección (esta es la fecha en que la Notificación de la elección tiene matasellos). Si no realiza su primer pago completo a más tardar 45 días después de la fecha de su elección, perderá todos los derechos de continuación de cobertura bajo COBRA según el Plan<sup>3</sup>. Usted es responsable de asegurarse que el monto de su primer pago sea correcto. Puede comunicarse con [Escriba la información de contacto apropiada, por ejemplo, el Administrador del Plan u otra parte responsable de la administración de COBRA bajo el Plan] para confirmar la cantidad correcta de su primer pago.

### *Pagos periódicos para la continuación de cobertura*

Después de realizar su primer pago por la continuación de cobertura bajo COBRA, deberá realizar pagos periódicos para cada período de seguro siguiente. El monto adeudado por cada período de cobertura para cada beneficiario calificado se muestra en esta notificación. Los pagos periódicos se pueden realizar mensualmente. Según el Plan, cada uno de estos pagos periódicos para la continuación de cobertura bajo COBRA vence [Escriba el día de vencimiento para cada pago mensual] para ese período de cobertura. [Si el plan ofrece otros programas de pago, ingrese con las fechas apropiadas: en su lugar, puede realizar pagos para la continuación de cobertura bajo COBRA para los siguientes períodos de cobertura, que vencen en las siguientes fechas:]. Si realiza un pago periódico en o antes del primer día del período de cobertura al que se aplica, su cobertura bajo el Plan continuará durante ese período de cobertura sin interrupción. El Plan [seleccione uno: enviará o no] notificaciones periódicas de pagos adeudados para estos períodos de cobertura.

### *Períodos de gracia para pagos periódicos*

Aunque los pagos periódicos vencen en las fechas que se muestran arriba, se le otorgará un período de gracia de 30 días después del primer día del período de cobertura [o escriba un período más largo permitido por el Plan] para realizar cada pago periódico. Obtendrá la continuación de cobertura bajo COBRA para cada período de cobertura siempre que el pago de ese período de cobertura se realice antes del final del período de gracia. [Si el Plan suspende la cobertura durante el período de gracia por falta de pago, ingrese y modifique según sea necesario: Si paga un pago periódico después del primer día del período de cobertura al que se aplica, pero antes del final del período de gracia para el período de cobertura, su cobertura se suspenderá a partir del primer día del período de cobertura y luego se restablecerá retroactivamente (volviendo al primer día del período de cobertura) cuando se reciba el pago periódico. Esto significa que

---

<sup>3</sup> Debido a la Emergencia Nacional COVID-19, el Departamento del Trabajo, el Departamento del Tesoro, y el Servicio de Impuestos Internos emitieron una guía que extiende los plazos para ciertas acciones relacionadas con la cobertura de salud bajo planes de salud grupales patrocinados por empleadores privados. Esta guía puede ofrecerle más tiempo para realizar los pagos de las primas de COBRA, ya que la asistencia para las primas no está disponible para los períodos de continuación de cobertura bajo COBRA que comienzan antes del 1 de abril de 2021. Para obtener información adicional sobre esta guía, visite: <https://www.dol.gov/agencies/ebsa/employers-and-advisers/plan-administration-and-compliance/disaster-relief>.

cualquier reclamo que presente para obtener beneficios mientras su cobertura está suspendido puede ser denegado y es posible que deba volver a presentarse una vez que se restablezca su cobertura.]

Si no realiza un pago periódico antes del final del período de gracia para ese período de cobertura, perderá todos los derechos a la continuación de cobertura bajo COBRA según el Plan.

Su primer pago y todos los pagos periódicos para la continuación de cobertura bajo COBRA deben enviarse a:

*[Escriba la dirección de pago apropiada]*

*[Adjunte el Resumen de la asistencia con la prima de COBRA estipulaciones bajo la Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021 para cumplir con los requisitos de ARP]*