



Conozca Sus Beneficios

Guía de los Empleados Para Entender COBRA

¿De qué se trata la extensión de la cobertura médica de COBRA?

En 1986, el Congreso aprobó las emblemáticas disposiciones sobre beneficios médicos establecidas por la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA). La ley enmienda la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), el Código de Ingresos Internos (Internal Revenue Code) y la Ley sobre el Servicio de Salud Pública para brindar la extensión de la cobertura médica grupal que, de otra forma, finalizaría.

¿Cuál es la función de COBRA?

COBRA les otorga a determinados exempleados, jubilados, cónyuges, excónyuges e hijos dependientes el derecho a continuar temporalmente la cobertura médica con tarifas de grupo. Sin embargo, este beneficio solo está disponible cuando se pierde la cobertura debido a determinados eventos específicos. La cobertura médica grupal para los participantes de COBRA suele ser más costosa que la cobertura médica para los empleados activos, ya que, por lo general, el empleador paga una parte de la prima de los empleados activos, mientras que los participantes de COBRA generalmente se hacen cargo del total de la prima.

¿Existen otras alternativas de cobertura médica además de COBRA?

Si adquiere el derecho de elegir la cobertura de COBRA, cuando de otra manera perdería la cobertura de un plan médico grupal, debe considerar todas las opciones que

pueda tener para obtener otra cobertura médica antes de tomar una decisión. Es posible que haya otras opciones de cobertura más asequibles o más generosas para usted y su familia a través de otros planes médicos grupales (como el plan de su cónyuge), del Mercado de seguros médicos (Mercado) o Medicaid.

Conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), si usted o sus dependientes están a punto de perder la elegibilidad para la cobertura médica grupal, incluida la elegibilidad para la extensión de la cobertura, es posible que tenga derecho a una inscripción especial (sin esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para inscribirse) en otra cobertura médica grupal. Por ejemplo, es posible que un empleado que pierde la elegibilidad para tener cobertura médica grupal pueda realizar una inscripción especial en el plan de su cónyuge. Es posible que un dependiente que pierde la elegibilidad para tener cobertura médica grupal pueda inscribirse en un plan médico grupal de la madre, si antes estaba en el del padre, o viceversa. Para tener una oportunidad de inscripción especial, usted o su dependiente deben haber contado con otra cobertura médica cuando previamente rechazaron la cobertura en el plan en el que ahora quieren inscribirse. Debe solicitar la inscripción especial dentro de los 30 días a partir de la pérdida de la cobertura a través de su trabajo.

Perder la cobertura médica que tiene a través de su trabajo también constituye un evento de inscripción especial en el Mercado (o Intercambio). En el Mercado, podría ser elegible para un crédito tributario que reduce sus primas mensuales y para reducciones en el costo compartido (montos que reducen sus costos en efectivo para deducibles, coseguros y copagos) y puede consultar cuáles serán sus primas, deducibles y costos en efectivo antes de decidir su inscripción.



Conozca Sus Beneficios

Ser elegible para la extensión de la cobertura de COBRA no limitará su elegibilidad para la cobertura del Mercado ni para un crédito tributario. Puede solicitar una cobertura del Mercado a través de

www.healthcare.gov o llamando

1-800-318-2596. Para reunir los requisitos necesarios para realizar una inscripción especial en un plan del Mercado, debe seleccionar un plan dentro de los 60 días anteriores o 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura a través de su trabajo. Además, durante lo que se denomina período de inscripción abierta, cualquier persona puede inscribirse en una cobertura del Mercado. Si usted necesita una cobertura médica para el período entre la pérdida de la cobertura a través de su trabajo y el comienzo de la cobertura a través del Mercado (por ejemplo, si usted o un familiar necesita atención médica), puede elegir la cobertura de COBRA del plan de su empleador. La extensión de la cobertura de COBRA garantizará que tenga cobertura médica hasta que comience el plan de su cobertura a través del Mercado.

A través del Mercado también sabrá si reúne los requisitos para obtener la cobertura gratuita o de bajo costo disponible a través de Medicaid o a través del Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP). Puede solicitar Medicaid o CHIP e inscribirse en cualquier momento del año. Si reúne los requisitos necesarios, su cobertura comenzará de inmediato. Visite www.healthcare.gov o llame al 1-800-318-2596 para obtener más información o para solicitar estos programas. Además, para solicitar Medicaid comuníquese con su oficina estatal de Medicaid y para obtener más información acerca del programa CHIP en su estado llame al 1-877-KIDS-NOW (543-7669) o visite www.insurekidsnow.gov.

Si usted o su dependiente eligen la extensión de la cobertura de COBRA, tendrán otra oportunidad de solicitar la inscripción especial en un plan de salud grupal o en un plan del Mercado, si tiene un nuevo evento de inscripción especial, como contraer matrimonio o el nacimiento de un hijo, o si se ha agotado la extensión de su cobertura. Para agotar la extensión de la cobertura de COBRA, usted o su dependiente deben recibir el período máximo de extensión de cobertura disponible sin finalización temprana. Tenga en

cuenta que si decide finalizar su extensión de la cobertura de COBRA temprano sin otra oportunidad de inscripción especial en ese momento, generalmente deberá esperar para inscribirse en la cobertura del nuevo plan médico grupal o del Mercado hasta el siguiente período de inscripción abierta.

¿Quién tiene derecho a recibir los beneficios de COBRA?

Existen tres requisitos para calificar para obtener los beneficios de COBRA. COBRA establece criterios específicos para los planes, los beneficiarios elegibles y los eventos que reúnen los requisitos:

Cobertura del plan: los planes médicos grupales para empleadores con 20 empleados o más durante más del 50 % de los días hábiles típicos en el año calendario anterior están sujetos a COBRA. Para determinar si un plan está sujeto a COBRA, se cuentan tanto los empleados de tiempo completo como los de tiempo parcial. Cada empleado de tiempo parcial cuenta como una fracción de un empleado, y dicha fracción equivale a la cantidad de horas que el empleado de tiempo parcial trabajó dividida por las horas que un empleado debe trabajar para que se lo considere empleado de tiempo completo.

Beneficiarios elegibles: generalmente, un beneficiario elegible es aquella persona que tiene cobertura de un plan médico grupal el día anterior a un evento que reúne los requisitos. Esta persona puede ser: un empleado, el cónyuge de un empleado o el hijo dependiente de un empleado. En determinados casos, un empleado jubilado, el cónyuge de un empleado jubilado y los hijos dependientes de un empleado jubilado pueden ser beneficiarios elegibles. Además, todos los hijos que nazcan o sean adoptados por un empleado cubierto durante el período de cobertura de COBRA se consideran beneficiarios elegibles. Los agentes, contratistas independientes y directores de un empleador que participen en el plan médico grupal también pueden ser beneficiarios elegibles.

Eventos que reúnen los requisitos: los eventos que reúnen los requisitos son determinados eventos que harían que una persona perdiera su cobertura médica. El tipo de evento que reúne los requisitos determinará quiénes son los beneficiarios elegibles y durante cuánto tiempo un plan



Conozca Sus Beneficios

debe ofrecerles cobertura médica de COBRA. Un plan, a su criterio, puede proporcionar períodos más prolongados de extensión de la cobertura.

Eventos que reúnen los requisitos para empleados:

- Finalización voluntaria o involuntaria de la relación laboral por motivos que no sean mala conducta grave.
- Reducción de la cantidad de horas de empleo.

Eventos que reúnen los requisitos para cónyuges:

- Finalización voluntaria o involuntaria de la relación laboral del empleado con cobertura por motivos que no sean mala conducta grave.
- Reducción de la cantidad de horas trabajadas del empleado con cobertura.
- Empleados con cobertura con derecho a Medicare.
- Separación legal o divorcio del empleado con cobertura.
- Muerte del empleado con cobertura.

Eventos que reúnen los requisitos para hijos dependientes:

- Pérdida del estado de hijo dependiente según las reglas del plan.
- Finalización voluntaria o involuntaria de la relación laboral del empleado con cobertura por motivos que no sean mala conducta grave.
- Reducción de la cantidad de horas trabajadas del empleado con cobertura.
- Empleados con cobertura con derecho a Medicare.
- Separación legal o divorcio del empleado con cobertura.
- Muerte del empleado con cobertura.

¿De qué forma una persona puede transformarse en elegible para continuar la cobertura de COBRA?

Para ser elegible para recibir la cobertura de COBRA, usted deberá haber estado inscrito en el plan médico de su empleador cuando estaba trabajando, y el plan médico deberá seguir en vigencia para los empleados activos. La extensión de la cobertura de COBRA estará disponible cuando se presente un evento que reúna los requisitos que, si no fuera por la extensión de la cobertura de COBRA, haría que una persona perdiera su cobertura de atención médica.

¿Cómo puedo obtener información sobre la cobertura de COBRA?

Los planes médicos grupales deben proporcionarles a los empleados y a sus familiares con cobertura determinadas notificaciones en las que les expliquen sus derechos según COBRA. Sus derechos según COBRA deben estar descritos en la Descripción resumida del plan (Summary Plan Description, SPD) que debe recibir dentro de los 90 días luego de haberse inscrito en el plan por primera vez. Además, los planes médicos grupales deben proporcionar a los empleados y sus cónyuges que adquieran la cobertura del plan una notificación general en la que se describen los derechos según COBRA, también dentro de los primeros 90 días posteriores a la inscripción.

Antes de que un plan médico grupal ofrezca la extensión de la cobertura, debe existir un evento que reúne los requisitos, y el plan debe estar informado sobre dicho evento. La persona que debe informar acerca del evento que reúne los requisitos depende del tipo de evento.

- Los empleadores deben notificar al plan si el evento que reúne los requisitos se trata de la finalización de la relación laboral, la reducción de horas de trabajo, la muerte o el derecho a acceder a Medicare del empleado con cobertura, o si se trata de la quiebra del empleador del sector privado. El empleador debe notificar al plan dentro de los 30 días posteriores al evento.
- Usted (el empleado con cobertura o uno de los beneficiarios elegibles) debe notificar al plan si el evento que reúne los requisitos es divorcio, separación legal o pérdida del estado de



Conozca Sus Beneficios

dependiente de un hijo conforme al plan. El plan debe contar con procedimientos para notificar sobre el evento que reúne los requisitos, y los procedimientos deben estar descritos tanto en la notificación general como en la SPD del plan. El plan puede establecer un período límite para proporcionar esta notificación, pero no puede ser de menos de 60 días desde, a más tardar: la fecha en que ocurre el evento que reúne los requisitos; la fecha en que usted pierde (o perdería) la cobertura conforme al plan debido al evento que reúne los requisitos; o la fecha en que fue informado, mediante la SPD o notificación general de COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

Si su plan no cuenta con procedimientos razonables para notificar un evento que reúne los requisitos, puede notificarlos comunicándose con la persona o unidad del empleador que se encarga de los asuntos relacionados con los beneficios de los empleados.

Cuando el plan recibe una notificación sobre un evento que reúne los requisitos, debe brindarles a los beneficiarios elegibles una notificación de elección que describa sus derechos para obtener una extensión de la cobertura y cómo realizar dicha elección. Esta notificación puede proporcionarse dentro de los 14 días posteriores a que el plan reciba la notificación de que se ha producido un evento que reúne los requisitos.

¿Cuánto tiempo tengo para elegir la cobertura de COBRA?

Si usted es elegible para seleccionar la cobertura de COBRA, deben otorgarle un período de, al menos, 60 días (a partir de la fecha en que le proporcionan la notificación o la fecha en que perdería la cobertura, lo que suceda en último lugar) para elegir si desea la extensión de la cobertura o no.

Cada beneficiario elegible de un evento que reúne los requisitos puede elegir de manera independiente la cobertura de COBRA. Esto significa que si tanto usted como su cónyuge tienen el derecho a elegir la extensión de la cobertura, cada uno puede decidir por separado si elige la cobertura de COBRA o no. El empleado o su cónyuge con cobertura debe estar autorizado a realizar una elección en

nombre de los hijos dependientes o en nombre de todos los beneficiarios elegibles. Un padre o tutor legal puede elegir en nombre de un hijo menor de edad.

¿Cómo presento una reclamación de COBRA para obtener beneficios?

Las reglas del plan médico deben explicar cómo obtener beneficios e incluir procedimientos escritos para procesar reclamos. Usted deberá presentar una reclamación de beneficios conforme a estas reglas. Los procedimientos de reclamaciones deben describirse en la SPD. Comuníquese con el administrador del plan para obtener más información sobre cómo presentar una reclamación de beneficios.

¿Las personas pueden ser elegibles para períodos más largos de la extensión de la cobertura de COBRA?

Sí, si tiene derecho a la extensión de la cobertura por un período máximo de 18 meses, puede ser elegible para una extensión del período máximo en dos circunstancias. La primera es cuando un beneficiario elegible es discapacitado; la segunda es cuando ocurre un segundo evento que reúne los requisitos.

Para reunir los requisitos a fin de obtener meses adicionales de la extensión de la cobertura de COBRA, el beneficiario elegible debe cumplir con lo siguiente:

- Tener un fallo de la Administración del Seguro Social en el que se establezca que la persona quedó discapacitada dentro de los primeros 60 días de la extensión de la cobertura de COBRA.
- Enviar al plan una copia de la carta de fallo del Seguro Social dentro de los 60 días posteriores a la recepción, pero antes del vencimiento del período de cobertura de 18 meses.

Si se cumplen estos requisitos, toda la familia califica para una extensión adicional de la cobertura de COBRA de 11 meses. Los planes pueden cobrar el 150 % del costo de la prima para el período extendido de cobertura.

Además, si recibe una extensión de la cobertura por un período máximo de 18 meses, puede tener el derecho a una extensión de 18 meses (con un período total máximo de 36 meses de extensión de la cobertura) si experimenta un



Conozca Sus Beneficios

segundo evento que reúne los requisitos que se trate de la muerte de un empleado con cobertura, el divorcio o la separación legal de un empleado con cobertura y su cónyuge, la adquisición del derecho a acceder a Medicare de un empleado con cobertura (en determinadas circunstancias) o la pérdida del estado de dependiente de un hijo conforme al plan. El segundo evento puede ser un segundo evento que reúne los requisitos únicamente si hubiese provocado que usted pierda la cobertura conforme al plan ante la ausencia del primer evento que reúne los requisitos. Si se produce un segundo evento que reúne los requisitos, deberá notificárselo al plan.

¿Un cónyuge divorciado tiene derecho a recibir la cobertura de COBRA del plan médico grupal de su excónyuge?

Según COBRA, los participantes, los cónyuges con cobertura y los hijos dependientes pueden continuar con la cobertura de su plan durante un período limitado en casos en los que, de otra forma, perderían la cobertura debido a un evento particular, como un divorcio (o una separación legal). El cónyuge de un empleado con cobertura que perdería su cobertura debido al divorcio puede elegir continuar la cobertura del plan durante 36 meses, como máximo. Un beneficiario elegible deberá notificar al administrador del plan sobre un evento que reúne los requisitos dentro de los 60 días posteriores a un divorcio o una separación legal. Después de haber recibido la notificación de un divorcio, el administrador del plan deberá notificar, generalmente, en un plazo de 14 días, al beneficiario elegible acerca del derecho a elegir continuar la cobertura de COBRA.

Si renuncio a la cobertura de COBRA durante el período de elección, ¿puedo recibir cobertura más adelante?

Si un beneficiario elegible renuncia a la cobertura de COBRA durante el período de elección, puede revocar la renuncia a la cobertura antes del final del período de elección. Por lo tanto, un beneficiario puede elegir la cobertura de COBRA. Luego, el plan solo deberá proporcionar la extensión de la cobertura a partir de la fecha en que se revoque la renuncia.

Según COBRA, ¿qué beneficios deben cubrirse?

Los beneficiarios elegibles deben recibir una cobertura idéntica a la que se encuentra disponible para beneficiarios

en situaciones similares que no reciban la cobertura del plan en virtud de COBRA (generalmente, la misma cobertura que el beneficiario elegible tenía inmediatamente antes de calificar para la extensión de la cobertura). Cualquier cambio de beneficios que se realice en el plan para los empleados activos también se aplicará para los beneficiarios elegibles. Los beneficiarios elegibles deben tener la posibilidad de realizar las mismas elecciones que se les ofrecen a los beneficiarios que no gozan del plan en virtud de COBRA, como durante los períodos de inscripción abierta del plan.

¿Cuánto tiempo dura la cobertura de COBRA?

COBRA establece períodos de cobertura obligatorios para la extensión de los beneficios médicos. Un plan, sin embargo, puede proporcionar períodos más largos de cobertura que superen los requeridos por COBRA. Los beneficiarios de COBRA generalmente reúnen los requisitos para la cobertura grupal durante un máximo de 18 meses por eventos que reúnen los requisitos debido a la finalización de la relación laboral o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos que cumplen con los requisitos, o un segundo evento que cumple con los requisitos durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

¿Puede la cobertura de COBRA finalizar antes por cualquier motivo?

Un plan médico grupal puede finalizar la cobertura antes del término del período máximo por cualquiera de las siguientes razones:

- Si no se pagara el monto completo de las primas dentro del plazo.
- Si el empleador deja de mantener cualquier plan médico grupal.
- Si se obtiene cobertura de otro plan médico grupal, luego de la elección de COBRA. Sin embargo, si se obtiene otra cobertura médica grupal antes de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no se suspenderá, aunque la otra cobertura continúe después de la elección de COBRA.



Conozca Sus Beneficios

- Después de la elección de COBRA, un beneficiario tiene derecho a recibir los beneficios de Medicare. Sin embargo, si se obtiene Medicare antes de la elección de COBRA, la cobertura de COBRA no se suspenderá, aunque la otra cobertura continúe después de la elección de COBRA.
- Si un beneficiario elegible se involucrara en una conducta que justifique que el plan finalice la cobertura, tal como lo haría con un participante o beneficiario que no recibe la extensión de la cobertura (por fraude, por ejemplo).

Si se finaliza la extensión de la cobertura de manera anticipada, el plan puede proporcionarle al beneficiario elegible una notificación de finalización anticipada. Esta notificación debe proporcionarse lo más pronto posible luego de que se haya tomado la decisión, y debe describir la fecha en que la cobertura finalizará, el motivo por el cual finalizará y cualquier derecho que el beneficiario elegible pueda tener conforme al plan o la ley aplicable para elegir una cobertura alternativa grupal o individual. Si decide finalizar su cobertura de COBRA de forma anticipada, generalmente no podrá obtener un plan del Mercado fuera del período de inscripción abierta.

¿Quién paga la cobertura de COBRA?

Es posible que se les exija a los beneficiarios elegibles que paguen la cobertura de COBRA. La prima no puede exceder el 102 % del costo del plan para personas en situaciones similares que no hayan incurrido en un evento que reúne los requisitos, incluidas tanto la parte pagada por los empleados como cualquier parte pagada por el empleador antes del evento que reúne los requisitos, más el 2 % por costos administrativos.

Para beneficiarios elegibles que reciban la extensión de la cobertura por 11 meses a causa de discapacidad, la prima para esos meses adicionales puede aumentar al 150 % del costo total de la cobertura del plan.

Si bien las primas de COBRA pueden aumentar si los costos del plan aumentan, generalmente deben fijarse por adelantado para cada ciclo de primas de 12 meses. El plan debe permitirle pagar las primas mensualmente si usted así

lo solicita, y puede permitirle realizar los pagos con otras frecuencias (semanalmente o trimestralmente).

El pago de la prima inicial debe realizarse dentro de los 45 días posteriores a la fecha en la que el beneficiario elegible haya realizado la elección de COBRA. Si no realiza los pagos dentro de ese período, puede perder todos los derechos según COBRA. El plan puede establecer fechas de vencimiento de primas para períodos de cobertura posteriores (luego de su pago inicial), pero debe brindarle la opción de realizar pagos mensuales y un período de gracia de 30 días para el pago de cualquier prima.

Si las primas no se pagan antes del primer día del período de cobertura, pero sí durante el período de gracia para ese período de cobertura, el plan tiene la opción de cancelar la cobertura hasta que se reciba el pago y, luego, restablecer la cobertura retroactivamente al comienzo del período de cobertura.

Si el monto del pago realizado al plan es incorrecto, pero este error no es considerablemente menor que el monto adeudado, el plan tiene la obligación de notificarle sobre este déficit y otorgarle un período razonable (con este fin, 30 días se consideran un período razonable) para pagar la diferencia. El administrador del plan no tiene la obligación de enviar notificaciones mensuales sobre primas.

Algunos empleadores pueden subsidiar o pagar el costo total de la cobertura médica, incluida la cobertura de COBRA, para los empleados despedidos y sus familias como parte de un acuerdo de indemnización. Si recibe este tipo de beneficio de indemnización, hable con su administrador del plan sobre cómo esto impacta en su cobertura de COBRA o sus derechos de inscripción especial.

Si no realicé el pago de la prima a tiempo y mi cobertura fue cancelada, ¿qué puedo hacer?

Le recomendamos comunicarse con su plan y preguntar si le restablecerán su cobertura. Sin embargo, si su cobertura se canceló por no realizar el pago dentro del período de gracia, el plan no tiene la obligación de restablecer la cobertura.

¿Puedo recibir los beneficios de COBRA mientras estoy de



Conozca Sus Beneficios

licencia según lo contemplado por la Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA)?

La Ley de Ausencia Familiar y Médica (FMLA) establece que un empleador debe mantener la cobertura de cualquier plan médico grupal de un empleado que se encuentre de licencia según lo contemplado por la FMLA con las mismas condiciones de cobertura que se hubiesen brindado si el empleado hubiese continuado trabajando. La cobertura proporcionada en virtud de la FMLA no es la cobertura de COBRA, y la licencia contemplada por la FMLA no es un evento que reúna los requisitos según COBRA. Sin embargo, un evento que reúne los requisitos según COBRA puede presentarse cuando cese la obligación de un empleador de mantener los beneficios médicos en virtud de la FMLA, como cuando un empleado le notifica a un empleador sobre su intención de no regresar al trabajo. Encontrará más información sobre la FMLA en el sitio web del Departamento de Trabajo de los EE. UU. www.dol.gov/whd.

¿Soy elegible para COBRA si mi empresa cierra o se declara en bancarrota y no existe un plan médico?

Si ya no existe un plan médico, no hay cobertura de COBRA disponible. Sin embargo, si la empresa ofrece otro plan, usted puede estar cubierto por ese plan. Los miembros del sindicato que estén cubiertos por un convenio colectivo de trabajo que ofrezca un plan médico también pueden tener derecho a continuar con la cobertura.

Fuente: Departamento de Trabajo de los EE. UU.