



UNA GUÍA PARA EL
EMPLEADOR SOBRE LA
CONTINUACIÓN DE COBERTURA
DE SALUD GRUPAL 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.

Para solicitar publicaciones o para hablar con un asesor sobre beneficios, comuníquese con EBSA **electrónicamente**.

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**

Este folleto 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?.....	1
¿Quién tiene el derecho a la continuación de cobertura?.....	4
Procedimientos de notificación y elección respecto a COBRA.....	5
Beneficios bajo la continuación de cobertura.....	9
Duración de la continuación de cobertura	10
Gráfico: Resumen de los eventos calificativos, beneficiarios calificados y períodos máximos de continuación de cobertura	12
Cómo pagar por la continuación de cobertura	13
Coordinación con otras leyes respecto a beneficios federales	14
Papel del gobierno federal	16
Recursos	17

Introducción



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

La mayoría de los planes de salud grupales patrocinados por el empleador deberán cumplir con la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA, por sus siglas en inglés), una ley federal que establece estándares para proteger los beneficios de los empleados. Una de las protecciones contenida en ERISA es el derecho a la continuación de cobertura bajo COBRA, una continuación temporal de cobertura de salud grupal que de otra manera se perdería debido a eventos ciertos de la vida.

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

¿Qué es la continuación de cobertura bajo COBRA?

COBRA — la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria -- exige que los planes de salud grupales ofrezcan continuación de cobertura a empleados cubiertos, antiguos empleados, cónyuges, cónyuges anteriores e hijos dependientes cuando de otra manera perderían su cobertura de salud grupal debido a ciertos eventos específicos. Aquellos eventos incluyen:

- El fallecimiento de un empleado cubierto,
- La terminación o reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto por razones que no incluyan grave mala conducta,
- La elegibilidad de un empleado cubierto para recibir la atención de Medicare,
- El divorcio o separación legal de un empleado cubierto, y
- La pérdida de la clasificación de un hijo como dependiente (y por lo tanto de su cobertura) bajo el plan.

COBRA establece reglas acerca de cómo y cuándo deberá ofrecerse y proporcionarse continuación de cobertura, cómo pueden elegir los empleados y sus familias la continuación de cobertura y cuáles circunstancias justifican cancelar la continuación de cobertura.

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

Planes de salud grupales sujetos a COBRA

COBRA generalmente es aplicable a todos los planes de salud grupales del sector privado que mantienen los empleadores que cuentan con al menos 20 empleados durante más del 50 por ciento de sus típicos días laborales durante el 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. Por ejemplo, si los empleados de tiempo completo de la Compañía A trabajan 40 horas semanales, un empleado de tiempo parcial que trabaje 20 horas semanales se considera como la mitad de un empleado de tiempo completo, y un empleado de tiempo parcial que trabaje 16 horas semanales se considera como cuatro décimos de un empleado de tiempo completo.

COBRA también es aplicable a planes patrocinados por gobiernos estatales y locales.¹ La ley no es aplicable, sin embargo, a planes patrocinados por el gobierno federal o por iglesias y ciertas organizaciones relacionadas con las iglesias.

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

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

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

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

¹ Las estipulaciones de COBRA dentro de la Ley de Servicio de Salud Pública que cubren los planes de gobierno estatales y locales son administradas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos bajo las disposiciones de la Ley de Servicio de Salud Pública.

Alternativas a la continuación de cobertura bajo COBRA

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

También perder la cobertura médica laboral, le ofrece al empleado la oportunidad de inscribirse en el Mercado de Seguros Médicos (Mercado) que sirve al estado en el que reside el empleado. El Mercado permite las personas y las pequeñas empresas para buscar y comparar las opciones de seguro de salud privado. En el Mercado, las personas pueden ser elegibles para la participación en reducciones de los costos compartidos y un crédito fiscal que reduce las primas mensuales. El ofrecimiento de la continuación de cobertura bajo COBRA no limitará su elegibilidad para recibir cobertura o un crédito fiscal a través del Mercado. El empleado o dependiente debe seleccionar cobertura del Mercado dentro de **60 días** antes o después de la pérdida de otra cobertura, o tendremos que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.

A través del Mercado, las personas también determinar si ellos o sus dependientes califican para una cobertura gratuita o de bajo costo de recida por Medicaid o el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés). Las personas elegibles pueden realizar una solicitud e inscribirse en Medicaid o CHIP en cualquier momento. Para obtener más información sobre el Mercado, incluida la información sobre la elegibilidad para Medicaid o CHIP, visite [CuidadoDeSalud.gov](https://www.CuidadoDeSalud.gov).

Si un empleado o dependiente opte por elegir COBRA, el empleado o dependiente tendrá otra oportunidad para solicitar inscripción especial en otro plan de salud grupal o el Mercado se cobra una vez agotado. Con el fin de agotar cobertura de COBRA, la persona debe recibir el período máximo de cobertura de COBRA sin terminación anticipada. La persona debe solicitar inscripción especial:

- Dentro de los 30 días siguientes a la pérdida de cobertura de COBRA para la cobertura a través de otro plan de salud grupal, o
- Dentro de 60 días antes o después de la pérdida de cobertura de COBRA, para la cobertura a través de un plan de Mercado.

Si un empleado o dependiente optan por finalizar continuación de cobertura bajo COBRA en forma temprana y no tiene oportunidad de inscripción especial en ese momento, tendrá que esperar para inscribirse en otra cobertura hasta el próximo período de inscripción abierta para otro plan de salud grupal o el Mercado.

Medicare es el programa de seguro de salud federal para las personas de 65 años o más y ciertas personas de menor edad con incapacidades o enfermedad renal en etapa final. Generalmente, si una persona pierde la cobertura médica laboral después del período de inscripción inicial de Medicare y no se inscribió en Medicare Parte A o B, dispone de un período de inscripción especial de ocho meses, a partir de uno de los siguientes momentos (el que ocurra primero):

- El mes siguiente a la finalización del empleo; o
- El mes siguiente a la finalización de la cobertura de salud grupal.

En caso de que un empleado o un dependiente elija la cobertura de COBRA en lugar de la de Medicare, es posible que deba pagar una multa por inscripción tardía y puede tener una interrupción en la cobertura si posteriormente decide que desea la Parte B. Si se inscribe en Medicare Parte A o B antes de que finalice su cobertura de COBRA, su plan puede dejar sin efecto la continuación de cobertura. Sin embargo, si Medicare Parte A o B está en vigencia en la fecha en que una persona elige COBRA o antes, su plan no puede discontinuar la cobertura de COBRA por su derecho a Medicare aun si se inscribe en la otra parte de Medicare después de elegir la cobertura de COBRA.

Generalmente, si un empleado o un dependiente se inscribe tanto en COBRA como en Medicare, Medicare será el pagador principal y la cobertura de COBRA pagará en segundo lugar. Algunos planes pueden pagar como si fueran secundarios respecto de Medicare, incluso si la persona no está inscripto en Medicare. Para obtener más información, visite [el sitio web de Medicare](#).

¿Quién tiene el derecho a la continuación de cobertura?

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

Beneficiarios calificados

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

Eventos calificativos

“Eventos calificativos” son eventos que causan que una persona 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 requisitos mínimos para la continuación de cobertura. Un plan puede siempre elegir proporcionar períodos de continuación de cobertura más largos y puede decidir contribuir para el costo de la cobertura.

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

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

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

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

Procedimientos de notificación y elección respecto a COBRA

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

Procedimientos para la notificación

Resumen de la descripción del plan

Los derechos de COBRA ofrecidos 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 estipulaciones de notificación y revelación de ERISA). Además, en caso de cambios sustanciales al plan, el plan deberá darles a los participantes un resumen de las modificaciones sustanciales (SMM, 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 ser provistos 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 requisito al incluir la notificación general dentro del SPD del plan, y proporcionándoles al empleado y a su cónyuge el SPD dentro de este plazo.

La notificación general deberá incluir:

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

El Departamento del Trabajo ha desarrollado un **modelo** que pueden utilizar los planes de salud grupales de único empleador para satisfacer el requisito de notificación general. Para utilizar este modelo de notificación general correctamente, el administrador del plan debería completarla llenando los espacios con la información correcta respecto al plan. El uso del modelo, correctamente llenado, será considerado por el Departamento como cumplimiento de buena fe en cuanto a los requisitos de COBRA respecto al contenido de la notificación general.

Notificación de evento calificativo bajo COBRA

Antes de que un plan de salud grupal deba ofrecer continuación de cobertura, debería ocurrir un evento calificativo. El plan de salud grupal tiene que ser informado del evento calificativo y no se exige hasta no recibir una notificación apropiada. Quién deberá proveer la notificación acerca del evento calificativo depende del tipo de evento calificativo.

El **empleador** tiene que notificar al plan si el evento calificativo es:

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

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

El **empleado cubierto** o uno de los **beneficiarios calificados** tienen que notificarle al plan si el evento calificativo es:

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

Se exige que los planes de salud grupales mantengan procedimientos sobre cómo el empleado cubierto o uno de los beneficiarios calificados puede proveer notificación de estos tipos de eventos calificativos. El plan puede establecer un tiempo límite para proveer esta notificación, pero el tiempo límite no puede ser inferior a 60 días, comenzando con lo que ocurra más tarde de:

- La fecha en que ocurre el evento calificativo,
- La fecha en que el beneficiario calificado pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificativo, o
- La fecha en que se le informe al beneficiario calificado, a través de la provisión de un SPD o de una notificación general de COBRA, sobre la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

Los procedimientos deben describir cómo, y a quién, se le debe proveer la notificación, y qué información se debe incluir en la notificación de evento calificativo. Si una persona proporciona notificación de evento calificativo, la notificación cubre todos los beneficiarios calificados afectados por eso evento.

Si un plan de salud grupal no tiene procedimientos razonables acerca de cómo proporcionar estas notificaciones, se permite que los beneficiarios calificados proporcionen la notificación (ya sea por escrito o verbalmente) a la persona o unidad que maneja los asuntos del empleador respecto a beneficios del empleado. Si el plan es de múltiples empleadores, también podrá proporcionarse una notificación a la junta de fideicomisarios conjuntos; y si el plan lo administra una compañía de seguros (o si los beneficios son provistos a través de un seguro), se podrá proporcionar la notificación a la compañía de seguros.

Notificación de COBRA de la elección de cobertura

Luego de recibir una notificación acerca de un evento calificativo, el plan deberá proporcionarles a los beneficiarios calificados una notificación de la elección, la cual describe sus derechos a la continuación de cobertura y cómo hacer una elección. La notificación de la elección 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 incluir:

- El nombre del plan y el nombre, domicilio y número de teléfono del administrador del plan COBRA.
- Identificación del evento calificativo.
- Identificación de los beneficiarios calificados (por nombre o por clasificación).
- Una explicación del derecho de los beneficiarios calificados de elegir la continuación de cobertura.
- El día en que terminará (o terminó) la cobertura si no se elige la continuación de cobertura.
- Cómo elegir la continuación de cobertura.
- Qué ocurrirá si no se elige la continuación de cobertura o si se renuncia a ella.
- Qué continuación de cobertura está disponible, por cuánto tiempo y (si es por menos de 36 meses) cómo puede extenderse por razones de incapacidad o segundos eventos calificativos.
- Cómo podría terminarse la continuación de cobertura en forma temprana.
- Los requisitos para los pagos de las primas, incluyendo las fechas de pago y períodos de gracia.
- Una declaración respecto a la importancia de mantener informado al administrador del plan acerca de los domicilios de los beneficiarios calificados.
- Una declaración en la que se indica que la notificación general no describe la cobertura de COBRA ni el plan por completo y que el administrador del plan y el SPD pueden proporcionar información adicional.

El Departamento ha desarrollado un **modelo de notificación de la elección** que pueden utilizar los planes para satisfacer su obligación de proporcionar la notificación de la elección. Para utilizar este modelo de notificación de la elección correctamente, el administrador del plan deberá completarla llenando los espacios con la información correcta respecto al plan. El Departamento considerará uso del modelo de notificación de la elección, correctamente llenada, como cumplimiento de buena fe de acuerdo a los requisitos de COBRA sobre el contenido de la notificación de la elección.

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

Los planes de salud grupales a veces podrán denegar un pedido para la continuación de cobertura o para una extensión de la continuación de cobertura, cuando el plan determina que el solicitante no tiene derecho a recibirlo. Cuando un plan de salud grupal toma la decisión denegar un pedido para continuación de cobertura o un pedido para una extensión de parte de una persona, el plan debería proporcionarle a la persona una notificación acerca de la falta de disponibilidad de la continuación de cobertura. La notificación debería proporcionarse 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 deberá proporcionarse generalmente por un período máximo (18, 29 ó 36 meses). El plan de salud grupal puede terminar la continuación de cobertura en forma temprana, sin embargo, por cualquiera de una cantidad de razones específicas. (Vea “Duración de la continuación de cobertura” en página 10.) Cuando un plan de salud grupal decide cancelar la continuación de cobertura en forma temprana por cualquiera de estas razones, el plan debería ofrecerle al beneficiario calificado una notificación acerca de la cancelación temprana. La notificación deberá entregarse tan pronto sea posible luego de tomarse la decisión, y debería describir la fecha en que terminará la cobertura, la razón de la terminación y cualquier derecho que pudiera tener el beneficiario calificado bajo el plan o bajo la ley aplicable de elegir cobertura grupal alternativa o individual, tal como el derecho de pasar a una póliza individual.

Reglas especiales para planes de empleadores múltiples

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

Procedimientos para la elección

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

Como mínimo, se le deberá dar a cada beneficiario calificado al menos 60 días para elegir o no la cobertura de COBRA, comenzando el día que se proporcionó la notificación de la elección o el día en que el beneficiario calificado de otra manera perdería su cobertura bajo el plan de salud grupal debido al evento calificativo, cualquiera de estas fechas ocurra más tarde.

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

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

Beneficios bajo la continuación de cobertura

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

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

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

Duración de la continuación de cobertura

Períodos máximos

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

Cuando el evento calificativo es la terminación del empleo (por razones que no incluyan grave mala conducta) o una reducción de las horas de trabajo de un empleado cubierto, debería proporcionarse a los beneficiarios calificados 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 tiene derecho a los beneficios de Medicare menos de 18 meses antes del evento calificativo, la cobertura de COBRA para el cónyuge del empleado y dependientes puede estar vigente hasta **36 meses** después de la fecha en la que el empleado tiene derecho a los beneficios de Medicare. Por ejemplo, si un empleado cubierto tiene derecho 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 de COBRA para su cónyuge e hijos estaría vigente durante 28 meses (36 meses menos 8 meses).

Para cualquier otro evento calificativo, deberá proporcionarse a los beneficiarios calificados un máximo de **36 meses** de continuación de cobertura.²

Cancelación temprana

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

- Las primas no se pagan en su totalidad en forma oportuna;
- El empleador deja de mantener cualquier plan de salud grupal;
- Un beneficiario calificado comienza a recibir cobertura bajo otro plan de salud grupal luego de elegir la continuación de cobertura;
- Un beneficiario calificado tiene derecho para recibir beneficios de Medicare luego de elegir la continuación de cobertura; o
- 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.

Si la continuación de cobertura se cancela en forma temprana, el plan debería proporcionarle al beneficiario calificado una notificación acerca de dicha terminación. (Vea los “Procedimientos para la notificación y elección respecto a COBRA” en página 5.)

² Bajo COBRA, ciertos jubilados y sus familiares que reciben cobertura de salud posterior a la jubilación por parte de sus empleadores tienen derechos especiales en el evento de que el empleador esté involucrado en procesos de bancarrota el 1 de julio de 1986 o en fecha posterior. Este folleto no describe por completo los derechos de ese grupo bajo COBRA.

Extensión de un período de continuación de cobertura de 18 meses

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

Incapacidad

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

Los requisitos son, primero, que la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) determine que el beneficiario calificado es una persona incapacitada del décimo sexto día (60) de la continuación de cobertura, y, segundo, que la incapacidad debería continuar durante el resto del período inicial de 18 meses de la continuación de cobertura.

El beneficiario calificado incapacitado (u otra persona que lo represente) también debería notificarle al plan acerca de la determinación de la SSA. El plan puede establecer un plazo límite para proporcionar esta notificación acerca de la incapacidad, pero este plazo límite no podrá ser menor a 60 días, comenzando:

- El día en que la SSA emita la determinación de incapacidad;
- El día en que ocurra el evento calificativo;
- La fecha en la que el beneficiario calificado pierde (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificativo; o
- La fecha en que se le informe al beneficiario calificado, a través de la provisión de una notificación general, ya sea sobre SPD o sobre COBRA, de la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

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

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

Segundo evento calificativo

Podría estar disponible una extensión de 18 meses para beneficiarios calificados con un período máximo de 18 meses de continuación de cobertura (dándoles un período máximo total de **36 meses** de continuación de cobertura) si los beneficiarios calificados experimentaran un segundo evento calificativo que fuera el fallecimiento de un empleado cubierto, el divorcio o la separación legal de un empleado cubierto y su cónyuge, el derecho a recibir Medicare (bajo 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 el beneficiario calificado perdiera su cobertura bajo el plan en la ausencia del primer evento calificativo.

El plan debe contar con procedimientos para que el beneficiario calificado debe dar una notificación de un segundo evento calificativo. El SPD del plan debe describir estas reglas (así como la notificación de la elección para cualquier oferta de un período de 18 meses de continuación de cobertura). El plan puede establecer un plazo para proveer esta notificación, pero el plazo no puede ser inferior a 60 días, a partir del que ocurra más tarde de los siguientes:

- La fecha en que ocurra el evento calificativo;
- La fecha en que el beneficiario calificado pierda (o perdería) la cobertura bajo el plan como resultado del evento calificativo; o
- La fecha en que se le informe al beneficiario calificado, a través de la provisión de una notificación general sobre SPD o COBRA, de la responsabilidad de notificar al plan y los procedimientos para hacerlo.

Resumen de eventos calificativos, beneficiarios calificados y períodos máximos de continuación de cobertura

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

EVENTO CALIFICATIVO	BENEFICIARIOS CALIFICADOS	PERÍODO MÁXIMO DE CONTINUACIÓN DE COBERTURA
Cancelación (por razones que no incluyan un caso de mala conducta grave) o reducción de las horas de trabajo	Empleado Cónyuge Hijo dependiente	18 meses ³
Inscripción del empleado en Medicare	Cónyuge Hijo dependiente	36 meses ⁴
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

³ Bajo ciertas circunstancias, los beneficiarios calificados con derecho a 18 meses de continuación de cobertura podrían tener derecho para una extensión de 11 meses adicionales por incapacidad (por un máximo total de 29 meses) o una extensión de 18 meses adicionales debido a la ocurrencia de un segundo evento calificativo (por un máximo total de 36 meses). (Vea “Duración de la continuación de cobertura” en página 10.)

⁴ El período actual de la continuación de cobertura puede variar según distintos factores, por ejemplo, si el derecho a recibir Medicare ocurrió antes o después de la finalización del empleo del empleado bajo el alcance de la ley o de una reducción de las horas de empleo. Para obtener más información, consulte la sección previa de este folleto “Duración de la continuación de cobertura” en página 10 o con la [Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado](#) o llame al **1-866-444-3272**.

Cómo pagar por la continuación de cobertura

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

Se podrá aumentar la cantidad que COBRA les cobra a los beneficiarios calificados si aumenta el costo para el plan, pero generalmente se debería fijar con anticipación a cada ciclo de 12 meses de primas. El plan debería permitir que los beneficiarios calificados paguen las primas requeridas en forma mensual si así lo solicitan, así como también en otros plazos (por ejemplo, semanal o trimestralmente). La notificación de la elección de cobertura de COBRA debería describir toda la información necesaria acerca de las primas de COBRA, las fechas de pago y las consecuencias de pagos fuera de término o falta de pago.

Los beneficiarios calificados no pueden ser obligados a pagar una prima en el momento en que la elección de COBRA. Los planes deberían permitir al menos 45 días luego de la elección (ésta es la fecha en la cual el beneficiario calificado envía por correo el formulario de elección, si es que utiliza correo de primera clase) para hacer un pago inicial de prima. Si un beneficiario calificado dejara de hacer cualquier pago antes del final del período inicial de 45 días, el plan podrá cancelar los derechos del beneficiario calificado bajo COBRA. El plan debería establecer las fechas de pago de cualquier prima para períodos sucesivos de cobertura, pero debería proveer un período mínimo de 30 días de gracia para cada pago.

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

Crédito tributario por seguro de salud

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

Entre las personas potencialmente elegibles para obtener el HCTC se incluyen los trabajadores que pierden sus empleos debido a los efectos negativos del comercio mundial y que son elegibles para recibir determinados beneficios, conforme al Programa de Ayuda 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). El HCTC paga el 72.5 por ciento de las primas del seguro de salud que cualifique, y las personas tienen que pagar el 27.5 por ciento. Para obtener más información sobre el TAA, visite el [sitio web de la Employment and Training Administration](#).

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 cualifican 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.

Si una persona estaba recibiendo el Crédito tributario por seguro de salud en 2020, es posible que lo hayan eliminado del programa hasta que expire al final del año y se le haya recomendado que busque opciones de seguro alternativas. Con la extensión del Crédito tributario por seguro de salud hasta el 2021, es posible que la persona pueda trabajar con su proveedor de cobertura de salud para que se le vuelva a colocar en la cobertura que calificaría para el crédito. Luego, puede volver a inscribirse en el programa o reclamar el crédito en su formulario de impuestos federales sobre la renta el próximo año. En el momento de esta impresión, el Crédito tributario por seguro de salud vencerá el 31 de diciembre de 2021.

Por preguntas sobre el Crédito tributario por seguro de salud y cómo reinscribirse, visite el [sitio web del Servicio de Impuestos Internos](#).

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, como cuando un empleado que está tomando ausencia bajo FMLA decide no regresar al trabajo y le notifica a su empleador acerca de su intención de no regresar al trabajo.

La Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés) ofrece protecciones adicionales para la cobertura de un plan de salud grupal basado en el empleo, incluida la continuación de cobertura bajo COBRA. Estas protecciones 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.

Algunos patrocinadores de planes puede haber optado por hacer sólo cambios rutinarios y de forma general mantener la cobertura bajo su plan de salud la misma que la de 23 de marzo de 2010. Estos planes de salud de derechos adquiridos están obligados a cumplir con algunas de las protecciones ACA (incluidos los mencionados anteriormente), pero no en todos. Las protecciones adicionales que pueden aplicarse a los no aceptados los planes de salud 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; y
- 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.

Para obtener más información acerca de si su plan es un plan salud de derechos adquiridos y de los requisitos establecidos en la ACA, visite [la página web de la ACA](#) de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

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 (UP, 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 Reemplazo 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 se mide 60 días a partir del primer día del mes en el que se determina que una persona es elegible para los beneficios de TAA enumerados anteriormente y recibe dichos 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 el [sitio web de la Employment and Training Administration](#) para obtener más información sobre la Ley de Comercio.

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 respecto a la continuación de cobertura según ésta afecta los planes de salud de los gobiernos estatales y locales.

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

Recursos

Si usted necesita más información acerca de COBRA, la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, HIPAA, o ERISA, visite el [sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado](#). O bien, puede comunicarse **electrónicamente** con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado o llame a nuestro número gratuito **1-866-444-3272**.

Para obtener más información sobre las protecciones de COVID-19, visite la [página de respuesta de COVID-19](#) de la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado.

Los Centros para Servicios de Medicare y Medicaid ofrecen información acerca de las estipulaciones bajo COBRA para empleados del sector público. Para obtener más información, visite [cms.gov](#) o contacte la agencia **electrónicamente** o llame al número gratuito **1-877-267-2323, opción #4, ext. 61565**.

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 más información acerca de ACA, visite [CuidadoDeSalud.gov](#).

Se encuentra disponible más información acerca de FMLA en la [página web de la Sección de Horas y Sueldos](#) o llame el número gratuito **1-877-487-9243**.

Para más información en Medicare, visite el [sitio web de Medicare](#) o llame **1-800-MEDICARE**.

Para información en el Programa de Ayuda de Ajuste Comercial (TAA), visite el [sitio web de la Employment and Training Association](#). Para información sobre el Crédito tributario por seguro de salud, visite el [sitio web del IRS](#).



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