

Modelo de aviso de elección de la cobertura de continuación de COBRA

Instrucciones

El Departamento de Trabajo ha creado un modelo de aviso de elección de la cobertura de continuación de la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, por sus siglas en inglés) de 1985 que el Plan puede usar para proporcionar el aviso de elección. Para usar este modelo de aviso de elección como corresponde, el administrador del Plan debe llenar los espacios en blanco con la información adecuada del plan. El Departamento considera que el uso del modelo de aviso de elección cumple de buena fe con los requisitos válidos para el contenido del aviso de elección de COBRA. El uso de los modelos de aviso no es obligatorio; estos se proporcionan para ayudar a cumplir con los requisitos vigentes acerca de los avisos.

NOTA: No es necesario que los Planes incluyan esta página de instrucción con el modelo de aviso de elección.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que un organismo federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la mencionada oficina. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente cuatro minutos por persona. Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, al Ministerio de Trabajo de EE. UU. (U.S. Department of Labor, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210). También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0123.

Número de control de la OMB 1210-0123 (caduca el 31/10/2016)

Modelo de aviso de elección de la cobertura de continuación de COBRA
(para que usen los planes de salud grupales de un solo empleador)

INFORMACIÓN IMPORTANTE: Cobertura de continuación de COBRA y otras alternativas de cobertura médica

(Ingrese la fecha del aviso)

Estimado: *(Identifique al beneficiario o a los beneficiarios que cumplan con los requisitos, por nombre o estado)*

Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a continuar la cobertura médica en *(ingrese el nombre del plan de salud grupal)* (el Plan), además de otras alternativas de cobertura médica que pueden estar a su disposición, incluida la cobertura a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Usted puede recibir la cobertura a través del mercado de seguros médicos, la que le costará menos que la cobertura de continuación de COBRA. Lea con mucho cuidado la información de este aviso antes de tomar una decisión. Si opta por elegir la cobertura de continuación de COBRA, debe usar el formulario de elección incluido más adelante en este aviso.

¿Por qué me envían este aviso?

Está recibiendo este aviso debido a que su cobertura en el Plan terminará el *(ingrese la fecha)* por el siguiente motivo *(marque la casilla adecuada)*:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terminación del empleo | <input type="checkbox"/> Reducción de las horas de empleo |
| <input type="checkbox"/> Muerte del empleado | <input type="checkbox"/> Divorcio o separación legal |
| <input type="checkbox"/> Derecho a Medicare | <input type="checkbox"/> Pérdida del estado de hijo dependiente |

La ley federal exige que la mayoría de los planes de salud grupales (incluido este Plan) les den a los empleados y a su familia la oportunidad de continuar su cobertura médica a través de la cobertura de continuación de COBRA cuando haya un “evento habilitante” que ocasione la pérdida de la cobertura en el plan del empleador.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es la misma que el Plan les da a otros participantes o beneficiarios que no están recibiendo dicha cobertura de continuación. Cada “beneficiario que cumpla con los requisitos” (esto se describe abajo) que elija la cobertura de continuación de COBRA tendrá los mismos derechos según el Plan que otros participantes o beneficiarios cubiertos por el Plan.

¿Quiénes son los beneficiarios que cumplen con los requisitos?

Cada una de las personas (“beneficiario que cumple con los requisitos”) de las siguientes categorías puede elegir la cobertura de continuación de COBRA:

- Empleado o ex empleado
- Cónyuge o ex cónyuge
- Hijos dependientes cubiertos por el Plan el día anterior al evento que causó la pérdida de la cobertura
- Hijo que pierde la cobertura del Plan porque ya no se considera dependiente según el Plan

¿Hay otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones más accesibles para usted y su familia a través del mercado de seguros médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de un plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) mediante lo que se denomina un “período de inscripción especial”. Es posible que algunas de estas opciones cuesten menos que la cobertura de continuación de COBRA.

Usted debe comparar sus otras opciones de cobertura con la cobertura de continuación de COBRA y elegir aquella que sea mejor en su caso. Por ejemplo, si se pasa a otra cobertura quizá tenga más gastos propios de los que tendría con COBRA, porque la cobertura nueva puede exigir un nuevo deducible.

Al perder la cobertura médica laboral, es importante que elija con cuidado entre la cobertura de continuación de COBRA y otras opciones, porque una vez que haya tomado una decisión puede ser difícil o imposible cambiar por otra opción de cobertura.

Si elijo la cobertura de continuación de COBRA, ¿cuándo comenzará y cuánto tiempo durará?

Si elige la cobertura de continuación de COBRA, comenzará el (*ingrese la fecha*) y puede durar hasta el (*ingrese la fecha*).

(*Si corresponde, agregue: Puede elegir cualquiera de estas opciones para la cobertura de continuación de COBRA: [mencione las opciones de cobertura disponibles]*).

La cobertura de continuación puede terminar antes de la fecha indicada arriba en determinadas circunstancias, por ejemplo, si no se pagan las primas, en caso de fraude o si el individuo obtiene la cobertura de otro plan de salud grupal.

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

Si elige la cobertura de continuación, puede extender la duración si un beneficiario que cumple con los requisitos sufre una discapacidad o si se produce un segundo evento específico. A fin de extender la cobertura de continuación, debe notificar a (*ingrese el nombre de la persona responsable de la administración de COBRA*) en el caso de una discapacidad o de un segundo evento específico en el transcurso de un período determinado. Si no notifica una discapacidad o un segundo evento

especifico en el período obligatorio, esto influirá en su derecho de extender el período de la cobertura de continuación.

Para obtener más información sobre la posibilidad de extender la duración de la cobertura de continuación de COBRA, visite <http://www.dol.gov/ebsa/publications/cobraemployee.html>.

¿Cuánto cuesta la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA costará: *(ingrese el monto que cada beneficiario que cumpla con los requisitos deberá pagar para cada opción por mes de cobertura y por cualquier otro período de cobertura permitido).*

Otras opciones de cobertura pueden costar menos. Si opta por elegir la cobertura de continuación de COBRA, no es necesario que mande ningún pago con el formulario de elección. Se le brindará más información sobre el pago después de que el Plan reciba el formulario de elección. Al final de este aviso, encontrará información importante sobre el pago de su prima.

Puede recibir la cobertura a través del mercado de seguros médicos, que cuesta menos que la cobertura de continuación de COBRA. Abajo encontrará más información sobre el mercado de seguros médicos.

¿Qué es el mercado de seguros médicos?

El mercado es como un “centro único de compras” en donde buscar y comparar opciones de seguro médico privado. En el mercado, podría ser elegible para una nueva clase de crédito fiscal que reduzca de inmediato sus primas mensuales y para reducciones de los costos compartidos (montos que reducen los gastos propios en concepto de deducibles, coaseguro y copagos), y puede saber cuáles serán sus primas, deducibles y gastos propios antes de tomar la decisión de inscribirse. A través del mercado de seguros médicos, también puede saber si cumple los requisitos para recibir cobertura gratuita o de bajo costo de [Medicaid](#) o del [Children’s Health Insurance Program \(CHIP\)](#) (Programa de Seguro Médico para Niños). Puede tener acceso al mercado de seguros médicos de su Estado en www.HealthCare.gov.

La cobertura a través del mercado de seguros médicos puede costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. El ofrecimiento de la cobertura de continuación de COBRA no limitará su elegibilidad para recibir cobertura o un crédito fiscal a través del mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura del mercado de seguros médicos?

Siempre tendrá 60 días desde el momento en el que pierda la cobertura laboral para inscribirse en el mercado de seguros médicos. Esto se debe a que la pérdida de la cobertura médica laboral es un evento de “inscripción especial”. **Después de los 60 días, su período de inscripción especial terminará y no podrá inscribirse, por lo que debe actuar de inmediato.** Además, durante lo que se llama período de “inscripción abierta”, cualquier persona puede inscribirse en la cobertura del mercado de seguros médicos.

Para conocer más acerca de la inscripción en el mercado de seguros médicos, por ejemplo, la fecha del próximo período de inscripción abierta y lo que debe saber sobre los eventos habilitantes y los períodos de inscripción especial, visite www.HealthCare.gov.

Si me inscribo en la cobertura de continuación de COBRA, ¿puedo pasarme a la cobertura del mercado de seguros médicos? ¿Qué sucede si elijo la cobertura del mercado de seguros médicos y deseo volver a tener la cobertura de continuación de COBRA?

Si se inscribe en la cobertura de continuación de COBRA, puede pasarse a un plan del mercado de seguros médicos durante un período de inscripción abierta de dicho mercado. También puede terminar la cobertura de continuación de COBRA de forma temprana y pasar a un plan del mercado de seguros médicos si tiene otro evento específico especial, como un casamiento o el nacimiento de un hijo, a través de lo que se llama un “período de inscripción especial”. Sin embargo, debe tener cuidado, porque si cancela la cobertura de continuación de COBRA de forma temprana sin otro evento específico deberá esperar para inscribirse en la cobertura del mercado de seguros médicos hasta el próximo período de inscripción abierta y, mientras tanto, podría quedarse sin ninguna cobertura médica.

Una vez que la cobertura de continuación de COBRA se haya agotado y caduque, usted será elegible para inscribirse en la cobertura del mercado de seguros médicos a través de un período de inscripción especial, aunque la inscripción abierta de dicho mercado haya terminado.

Si se inscribe en la cobertura del mercado de seguros médicos en lugar de hacerlo en la cobertura de continuación de COBRA, no podrá pasarse a la cobertura de continuación de COBRA en ninguna circunstancia.

¿Puedo inscribirme en otro plan de salud grupal?

Puede ser elegible para inscribirse en la cobertura de otro plan de salud grupal (por ejemplo, el plan de su cónyuge) si solicita la inscripción en el período de 30 días de la pérdida de la cobertura.

Si usted o su dependiente opta por elegir la cobertura de continuación de COBRA en lugar de inscribirse en otro plan de salud grupal para el que sea elegible, tendrá otra oportunidad de inscribirse en el otro plan de salud grupal en el período de 30 días de haber perdido la cobertura de continuación de COBRA.

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

Al considerar sus opciones de cobertura médica, es conveniente que tenga en cuenta los siguientes factores:

- **Primas:** Su plan anterior puede cobrar hasta el 102 % del total de las primas del plan por la cobertura de COBRA. Otras opciones, como la cobertura del plan del cónyuge o la cobertura a través del mercado de seguros médicos, pueden ser menos costosas.
- **Redes de proveedores:** Si en la actualidad está recibiendo atención o un tratamiento para una enfermedad, un cambio en la cobertura médica puede influir en su acceso a un proveedor de atención médica en particular. Mientras considere las opciones de cobertura médica, es conveniente que verifique si sus proveedores actuales participan en una red.

- **Formularios de medicamentos:** Si en la actualidad está tomando un medicamento, un cambio en la cobertura médica puede influir en los costos del medicamento y, en algunos casos, es posible que otro plan no cubra dicho medicamento. Es conveniente que verifique si sus medicamentos actuales están incluidos en los formularios de medicamentos de otra cobertura médica.
- **Indemnización por cese:** Si perdió su trabajo y recibió un paquete de indemnización por cese de su empleador, este puede haberse ofrecido a pagar una parte o todos los pagos de COBRA por un período determinado. En este contexto, es conveniente que se comunique con el Ministerio de 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 que si usted se muda a otra área del país, no podrá usar sus beneficios. Es aconsejable que se fije si su plan tiene un área de servicio o cobertura, u otras limitaciones semejantes.
- **Otros costos compartidos:** Además de las primas o las contribuciones para la cobertura médica, es probable que usted pague copagos, deducibles, coaseguro u otros montos cuando usa sus beneficios. Es aconsejable que se fije cuáles son los requisitos de costo compartido correspondientes a las otras opciones de cobertura médica. Por ejemplo, una opción puede tener primas mensuales mucho más bajas, pero un deducible muy superior y copagos más altos.

Para obtener más información

Este aviso no describe en su totalidad la cobertura de continuación ni los otros derechos del Plan. Puede consultar más información sobre la cobertura de continuación y sus derechos según el Plan en el resumen de la descripción del plan o puede solicitarla al administrador del Plan.

Si tiene preguntas sobre la información de este aviso o su derecho a recibir cobertura, o quiere obtener una copia del resumen de la descripción del plan, comuníquese con *(ingrese el nombre de la persona responsable de la administración de COBRA para el Plan, con el número de teléfono y la dirección)*.

Para obtener más información sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, por sus siglas en inglés), incluida la ley COBRA, la Ley de Atención Médica (de bajo costo) y la Protección al Paciente, y otras leyes que atañen a los planes de salud grupales, visite el sitio web de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo de Estados Unidos en www.dol.gov/ebsa o llame al número gratuito 1-866-444-3272. Para obtener más información sobre las opciones de seguro médico disponibles a través del mercado de seguros médicos y hallar un representante en su área que hable con usted sobre las diferentes opciones, visite www.HealthCare.gov.

Informe a su plan si cambia de dirección

Para proteger sus derechos y los de su familia, informe al administrador del Plan sobre cualquier cambio en su dirección y las direcciones de sus familiares. También debe conservar una copia de todos los avisos que le envíe al administrador del Plan.

Formulario de elección de la cobertura de continuación de COBRA

Instrucciones: Para elegir la cobertura de continuación de COBRA, complete este formulario de elección y envíenoslo. Según la ley federal, usted tiene 60 días después de la fecha de este aviso para decidir si desea elegir la cobertura de continuación de COBRA en el Plan.

Envíe el formulario de elección completo a: *(ingrese el nombre y la dirección)*

Este formulario de elección debe completarse y enviarse por correo *(o describa otros medios de presentación y la fecha de caducidad)*. Si se envía por correo, la fecha del matasellos no debe ser posterior a *(ingrese la fecha)*.

Si no presenta un formulario de elección completo antes de la fecha de caducidad que se indica arriba, perderá el derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Si usted rechaza la cobertura de continuación de COBRA antes de la fecha de caducidad, puede cambiar de opinión siempre que presente un formulario de elección completo antes de la fecha de caducidad. Sin embargo, si usted cambia de opinión después de haber rechazado primero la cobertura de continuación de COBRA, esta comenzará en la fecha que presente el formulario de elección completo.

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

Yo (nosotros) elijo (elegimos) la cobertura de continuación de COBRA en el *(ingrese el nombre del plan)* (el Plan) mencionado abajo:

Nombre Fecha de nacimiento Relación con el empleado Número del Seguro Social (u otra identificación)

a. _____
(Si corresponde, agregue: Opción de cobertura elegida: _____)

b. _____
(Si corresponde, agregue: Opción de cobertura elegida: _____)

c. _____
(Si corresponde, agregue: Opción de cobertura elegida: _____)

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Relación con el individuo o los individuos mencionados arriba

Dirección en letra de imprenta

Número de teléfono

Información importante sobre el pago

Primer pago para la cobertura de continuación

Debe hacer el primer pago de la cobertura de continuación antes de que pasen 45 días de la fecha de su elección (la fecha del matasellos del aviso de elección). Si no hace el primer pago en su totalidad antes de que pasen 45 días de la fecha de su elección, perderá todos los derechos a la cobertura de continuación en el Plan. Usted es responsable de garantizar que el monto de su primer pago sea correcto. Puede comunicarse con *(ingrese la información de contacto adecuada, por ejemplo, el administrador del Plan u otra persona responsable de la administración de COBRA para el Plan)* para confirmar el monto correcto de su primer pago.

Pagos periódicos para la cobertura de continuación

Después de hacer el primer pago de la cobertura de continuación, deberá hacer pagos periódicos para cada período de cobertura siguiente. En este aviso se muestra el monto correspondiente a cada período de cobertura para cada beneficiario que cumpla con los requisitos. Los pagos periódicos pueden hacerse de forma mensual. Conforme al Plan, cada uno de estos pagos periódicos destinados a la cobertura de continuación vence el *(ingrese el día de vencimiento para cada pago mensual)* para ese período de cobertura. *(Si el Plan ofrece otros cronogramas de pago, ingrese lo siguiente, con las fechas correspondientes: En su lugar, puede hacer pagos de la cobertura de continuación para los siguientes períodos de cobertura que vencen en las siguientes fechas:)*. Si usted hace un pago periódico antes del primer día o el primer día del período de cobertura al que se aplica, su cobertura en el Plan continuará para ese período de cobertura sin ninguna interrupción. El Plan *(seleccione una opción: enviará o no enviará)* avisos periódicos del vencimiento de los pagos para estos períodos de cobertura.

Períodos de gracia para los pagos periódicos

Si bien los pagos periódicos vencen en las fechas que se muestran arriba, se le dará un período de gracia de 30 días después del primer día del período de cobertura *(o ingrese el período más prolongado que permita el Plan)* para hacer cada pago periódico. Obtendrá la cobertura de continuación para cada período de cobertura siempre que el pago de ese período de cobertura se haga antes de que termine el período de gracia. *(Si el Plan suspende la cobertura durante el período de gracia por la falta de pago, ingrese lo siguiente, con las modificaciones necesarias: Si usted hace un pago periódico después del primer día del período de cobertura al que se aplica pero antes del final del período de gracia para ese período, su cobertura se suspenderá a partir del primer día del período de cobertura y luego se restablecerá retroactivamente [retrocediendo al primer día del período de cobertura] cuando se reciba el pago periódico. Esto significa que cualquier solicitud que presente para obtener beneficios mientras su cobertura esté suspendida puede denegarse y puede tener que presentarse nuevamente una vez que se restablezca su cobertura.)*

Si no hace un pago periódico antes del final del período de gracia para ese período de cobertura, perderá todos los derechos de la cobertura de continuación en el Plan.

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

(ingrese la dirección de pago adecuada)