FISHER & PHILLIPS LLP
ATTORNEYS AT LAW

COBRA

Atlanta
1500 Resurgens Plaza
945 East Paces Ferry Road
Atlanta, GA 30326-1125
(404) 231-1400

Chicago
140 South Dearborn
Suite 420
Chicago, IL 60603-5202
(312) 346-8061

Ft. Lauderdale
One Financial Plaza
Suite 2300
Ft. Lauderdale, FL 33394-2600
(954) 525-4800

Irvine
18400 Von Karman Ave.
Suite 400
Irvine, CA 92612
(949) 851-2424

Las Vegas
Ricciardi Law Group
(A partner in Fisher & Phillips LLP)
3993 Howard Hughes Parkway
Suite 650
Las Vegas, NV 89109
(702) 252-3131

New Orleans
201 St. Charles Avenue
Suite 3710
New Orleans, LA 70170-3710
(504) 522-3303

Oakland
City Center
501 Fourteenth Street
Suite 200
Oakland, CA 94612
(510) 763-4411

Orlando
300 South Orange Avenue
Suite 1250
Orlando, FL 32701
(407) 541-0888

Portland
1001 SW 5th Street
Suite 1600
Portland, OR 97204
(503) 242-4262

San Diego
591 Camino De La Reina
Suite 1100
San Diego, CA 92108
(619) 296-8977

FISHER & PHILLIPS LLP
ATTORNEYS AT LAW

"Solutions At Work"

Atlanta • Chicago • Ft. Lauderdale • Irvine • Las vegas • New Orleans • Oakland • Orlando
Portland • San Diego

COBRA

TABLA DE CONTENIDO

VISTA GENERAL DE LA LEY 1
EMPLEADORES CUBIERTOS 2
PLANES CUBIERTOS 3
EVENTOS CALIFICANTES 5
BENEFICIARIOS CALIFICADOS 6
REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN 7
A. Contenido De La Notificación 7
B. Notificación Inicial 8
C. Notificación De Un Evento Calificante 8
CONTINUAR COBERTURA BAJO COBRA 9
A. Elegir Cobertura 9
B. Duración De Cobertura 10
C. Terminación De Cobertura 12
D. Pagar La Cobertura 13
ENFORZAMIENTO 15
A. Enforzamiento DOL 15
B. Enforzamiento IRS 15
C. Enforzamiento A Través De Las Cortes 16
PREVENIR PROBLEMAS 16

©2002 Fisher & Phillips LLP

Este panfleto no debe ser interpretado como consejo u opinión legal en ninguna de las circunstancias o hechos específicos. Usted está urgido a consultar un abogado competente sobre su situación en particular y cualquier pregunta legal específica que pueda tener. Los empleadores son específicamente alentados a que consulten a un abogado para determinar si están sujetos a requisitos estatales que se extienden más allá del alcance de este panfleto.

A l comienzo de los 1980, hubo una preocupación considerable sobre el aumento en el costo del cuidado de salud y la inhabilidad de algunos empleados, especialmente cuando había cambio de empleo, para poder continuar cobertura de seguro de salud para ellos mismos y sus familias. En 1985, el Congreso pasó el Acta de Reconciliación de Presupuesto Consolidado Omnibus, usualmente referido como COBRA (COBRA son sus siglas en inglés para Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act), dirigido a ayudar esta situación.

Brevemente, COBRA requiere a los empleadores que patrocinan planes de salud en grupo a ofrecerle a los participantes y beneficiarios el derecho de continuar su cobertura de salud de grupo (incluyendo cuidado médico, dental, u óptico) si la cobertura es perdida por un *evento calificante*. La continuación de cobertura tiene que ser la misma que es ofrecida a los empleados activos similarmente situados y normalmente durará hasta 18 meses luego del evento calificante, aunque hay ciertas circunstancias que resultan en continuación de cobertura por períodos de tiempo más largos.

Los empleadores que patrocinan dichos planes están requeridos por ley a notificar a los participantes y a sus beneficiarios de sus derechos de COBRA. Esta notificación tiene que ser provista cuando un individuo primero está cubierto bajo un plan de salud de grupo y de nuevo cuando el individuo experimenta un evento calificante. Los participantes y beneficiarios que deseen continuar con la cobertura de salud de grupo bajo COBRA tienen que elegirlo por escrito dentro de un período específico de elección; si lo hacen, se convierten en *beneficiarios calificados.*

Los patrocinadores de planes y los beneficiarios calificados tienen obligaciones de notificación el uno con el otro. El fracasar con estas obligaciones puede aumentar o disminuir el tiempo de cobertura COBRA o puede terminar la cobertura COBRA del todo.

Este panfleto provee una vista general de los requisitos, ambas cobertura y notificación, impuestos a los patrocinadores de planes de salud de grupo para cumplir con COBRA. Mientras que en un análisis profundo de los muchos detalles de COBRA no es posible en este breve formato, este panfleto puede servir como una fuente rápida de información preliminaria para ejecutivos ocupados y profesionales de recursos humanos. Por favor note que

muchos estados tienen sus propias leyes de continuación de cobertura las cuales pueden aplicar si las reglas federales de COBRA no aplican.

EMPLEADORES CUBIERTOS

Generalmente, empleadores privados que patrocinan planes de grupo de cuidado médico, dental, y óptico están sujetos a COBRA. COBRA provee una excepción, sin embargo, para los empleadores pequeños. El Acta define un "empleador pequeño" como uno que emplea menos de 20 empleados en 50% de sus días típicos de negocio durante el año de calendario previo.

Todos los empleados "regulares" de ley común cuentan hacia el umbral de 20 empleados aunque participen o no en un plan de salud de grupo. Los patrocinadores de planes generalmente no tienen que contar:

- empleados arrendados;
- directores no empleados;
- individuos auto-empleados; o
- contratistas independientes.

Sus empleados de tiempo parcial tienen que ser incluídos por lo menos parcialmente. Por ejemplo, si usted requiere que los empleados trabajen ocho horas diarias para ser considerado tiempo completo, los empleados que trabajan sólo cuatro horas por día contarán cada uno como medio empleado para propósitos del umbral de 20 empleados.

La cobertura de 20 empleados toma en consideración el año de calendario **previo.** En otras palabras, usted está cubierto por COBRA en el 2000 si usted empleó 20 o más empleados en un día típico de negocio en el 1999. Usted no está cubierto en el 2000, sin embargo, si empleó menos de 20 empleados en el 1999, aún si usted típicamente emplea más de 20 empleados en el 2000. En ese caso, la cobertura COBRA es efectiva para el año 2001.

Si su negocio es parte de un *grupo controlado* de compañías, usted puede estar cubierto por COBRA aún si usted emplea menos de 20 empleados. Compañías que están en una relación subsidiaria-matríz o de hermano-hermana con por lo menos 80% propiedad en común son considerados parte de dicho grupo controlado y tienen que combinar su población de empleados para propósitos

del umbral de 20 empleados. Así que, si usted emplea 15 empleados y otra compañía relacionada por 80% de propiedad en común emplea 10 empleados, ambos usted y la compañía relacionada están cubiertos bajo COBRA.

Aún si usted es un empleador pequeño y está exento de los requisitos federales de COBRA, usted puede tener aún continuación de obligaciones de cobertura. Esto es porque la mayoría de los estados han emitido leyes que son similares a COBRA. De hecho, desde el fin de 1999, solamente Alabama, Alaska, Delaware y Michigan, y el Distrito de Columbia, *no* han ordenado alguna forma de continuación de cobertura. Todos los demás estados requieren que los empleadores pequeños provean una forma de continuación de cobertura.

PLANES CUBIERTOS

Generalmente, planes de grupo médico, dental y ópticos están sujetos a COBRA. Planes de pensión y otros planes de beneficios de bienestar, como seguro de vida, cuentas de reembolso de cuidado dependiente, incapacidad, pago de partición, participación en ganancias y planes de 401 (k), no están sujetos a COBRA.

La mayoría de las cuentas de gastos flexibles de salud ("FSA"), las cuales son cuentas donde los empleados contribuyen dólares de pre-impuestos para ser usados según sea necesario para reembolsar gastos de cuidado médico, dental y óptico que no están cubiertas bajo un plan de grupo de salud, califica para exención de los requisitos de COBRA. Por ejemplo:

- Cobertura COBRA no está requerida con respecto a la FSA de salud en cualquier año de plan **luego de el año de plan en el que un evento calificante ocurra** si a) los beneficios provistos son "beneficios excepcionados" bajo el Acta de Responsabilidad Y Portabilidad de Seguro de Salud (HIPAA) y no están sujetos a la certificación y otras reglas de HIPAA y b) en el año de plan en el cual el evento calificante ocurre, la cantidad máxima que la FSA salud puede requerir a ser pagada por un año completo de cobertura de COBRA equivale o excede el beneficio máximo disponible bajo la FSA de salud para el año. FSA de salud son excepcionadas de HIPAA si el máximo beneficio pagable en un año de plan no excede dos veces la contribución anual y el empleador provee

otros beneficios de salud.

- Cobertura COBRA no está requerida del todo, ni **en el año en el que el evento calificante COBRA ocurre**, si a partir de la fecha del evento calificante el beneficio máximo disponible bajo la FSA de salud para el resto del año de plan es menos que la cantidad máxima que el plan puede requerir como pago por el resto de ese año para mantener cobertura bajo la FSA de salud.

  Ejemplo: Bob participa en una FSA de salud en la que él contribuye $50 al mes. El empleador de Bob también contribuye $50 al mes. La cantidad total que Bob puede ser reembolsado a través de FSA en un año dado es $1200. Bob termina con su empleo el 31 de julio, luego de contribuir $350, y ha sido reembolsado $700 en gastos médicos a través de esa fecha. Porque la contribución de Bob para continuar su FSA bajo COBRA por el resto del año de plan sería $510 (sus propios $50/mes por cinco meses, más la contribución del empleador, por la cual Bob es ahora responsable, más un cargo administrativo de 2% por mes), y porque esa cantidad es mayor que la cantidad del beneficio restante de Bob bajo el plan ($500), el plan no necesita ofrecer cobertura COBRA.

La FSA de salud presenta temas complejos bajo COBRA, y los hechos de cada caso deben ser examinados cuidadosamente antes de hacer cualquier determinación de cobertura COBRA.

Si usted patrocina planes médicos, dentales y ópticos separados, usted tiene que permitirle a los beneficiarios calificados de COBRA a elegir cobertura de cualquiera de estos planes bajo los cuales estuvieron cubiertos en el día inmediatamente antes del evento calificante. Para los eventos calificantes que ocurrieron antes del 1 de enero del 2000, los empleadores que patrocinaron planes médicos de grupo que incluyeron cobertura dental y óptica fueron requeridos a permitirle a los beneficiarios calificados a elegir cobertura médica solamente. Desde el 1 de enero del 2000, sin embargo, beneficiarios calificados ya no tienen el derecho de elegir cobertura médica solamente, si el plan de su empleador incluye cobertura

médica, dental y óptica bajo un sólo plan.

Usted no necesita ofrecer cobertura COBRA a los empleados que no estuvieron cubiertos en el día precedente a un evento calificante.

EVENTOS CALIFICANTES

Ciertos eventos crean una obligación para el patrocinador del plan a emitir notificaciones de COBRA y para ofrecer continuación de cobertura COBRA. Un *evento calificante* se refiere a una pérdida de cobertura del seguro por cualquiera de las siguientes razones:

- terminación de empleo (por razones aparte de mala conducta grave);
- reducción en horas de trabajo (como huelgas, suspensión o despido, o licencia);
- un divorcio o separación legal;
- la muerte de un empleado cubierto;
- un dependiente que pierda la condición de dependiente bajo los términos de un plan de salud de grupo; y
- pérdida de cobertura por el derecho a Medicare.

Si usted ofrece beneficios médicos de retiro bajo su plan de salud de grupo, el someter una bancarrota por la compañía es también un evento calificante con respecto a los participantes de retiro afectados.

Cualquiera de estos eventos es un evento calificante solamente si causa a los participantes a perder cobertura durante el período inicial de continuación de cobertura COBRA. Así que, si la política de la compañía es continuar cobertura del plan de salud de grupo por períodos de incapacitación por más de 18 meses, la licencia por incapacitación no crea un evento calificante porque los participantes no pierden cobertura por su reducción de horas de trabajo.

Licencia aprobada bajo el Acta de Licencia Médica y Familia (FMLA) no es un evento. Así que, usted no debe emitir una notificación de COBRA cuando un empleado toma una licencia de FMLA. Si el empleado le informa que no regresará luego de la licencia FMLA, o si de hecho no regresa de la licencia FMLA, esto es un evento califi-

cante. Usted debe emitir una notificación de COBRA más temprano de la fecha cuando el empleado en licencia FMLA primero le informe que no regresará al empleo o en la fecha que el período de la licencia FMLA expire. (Otros temas que surgen bajo FMLA son discutidos en un panfleto separado en esta serie).

Por otro lado, usted debe emitir una notificación de COBRA a los empleados que tomen cualquier otra licencia, incluyendo licencia de compensación de trabajador, si, consiguiente al plan, la licencia causa pérdida de cobertura dentro de 18 meses. A menos que sea la práctica de su compañía la de continuar cobertura por períodos de licencia, o su plan de salud de grupo o incapacidad requiere que usted continúe cobertura de salud de grupo, usted debe emitir la notificación cuando un empleado empieza el período de licencia. Esto creará todos los períodos de tiempo de COBRA y puede reducir la exposición del plan para continuación de cobertura.

Individuos cubiertos están obligados a informar al administrador del plan de ciertos eventos cualificantes. Si un administrador del plan no es notificado dentro de 60 días sobre la muerte, divorcio, separación legal, o derecho a Medicare de un empleado, el administrador no tiene que ofrecer cobertura COBRA

BENEFICIARIOS CALIFICADOS

Participantes, o sus dependientes que están cubiertos bajo el plan de salud de grupo, se convierten en *beneficiarios calificados* si les sucede un evento calificante y someten un formulario de elección completada de COBRA. Individuos que han sido cubiertos por un plan aún por un día son elegibles para cobertura COBRA. Por otro lado, empleados o dependientes que nunca son cubiertos bajo un plan de salud de grupo no tienen derechos a COBRA. Usted no necesita enviar una notificación de COBRA a estos individuos.

COBRA provee que los patrocinadores de planes pueden denegar cobertura COBRA a cualquier empleado

que es despedido por mala conducta. Los patrocinadores del plan también pueden denegar cobertura a cualquiera de los dependientes de dicho individuo. El Acta no define "mala conducta," sin embargo, y las cortes han emitido varias interpretaciones. Así que, denegar cobertura COBRA basado en la excepción de mala conducta puede ser arriesgado. Por lo menos que sea una convicción de felonía, usted debe de usar esta excepción escasamente hasta que surja una regla legal o hasta que el Congreso enmiende a COBRA para definir este término.

Beneficiarios calificados pueden añadir nuevos dependientes adquiridos para cobertura COBRA (como un niño nacido o adoptado durante el período de continuación de COBRA o un cónyuge casado durante el período de continuación de COBRA). Usted no necesita cubrir estos nuevos dependientes si los beneficiarios calificados no notifican al administrador del plan dentro de 30 días luego del matrimonio, nacimiento, o adopción de cualquier dependiente al que el beneficiario calificado busque añadir a la cobertura.

REQUISITOS DE NOTIFICACIÓN

A. Contenido De La Notificación

Las notificaciones de COBRA tienen que informarle a los participantes adecuadamente sobre sus derechos. Notificaciones deben incluir la fecha de la notificación, la fecha donde el período de elección termina, el período máximo de cobertura COBRA, los eventos que resultarán en la terminación temprana de la cobertura COBRA, el pago mensual requerido de la prima, la fecha vencida y el período de gracia para cada prima, el efecto del pago parcial de la prima o un cheque devuelto, y la dirección donde el participante debe enviar el formulario completado de la elección y los pagos de prima.

Notificaciones también deben describir a los participantes las condiciones bajo las cuales pueden recibir cobertura extendida por incapacidad o por múltiples eventos calificantes. Finalmente, las notificaciones deben explicar los eventos que los beneficiarios calificados tienen que reportar al administrador del plan y advertir que el no reportar estos eventos puede resultar en terminación inmediata de cobertura sin derecho a restitución.

Usted tiene que asegurarse que las notificaciones

incluyan toda esta información, al extento que sea disponible. Aunque COBRA le da al empleador algunos derechos y protecciones, usted no podrá enforzar estos derechos si usted no le informa a los empleados sobre sus obligaciones de COBRA y las consecuencias de no cumplirlas.

B. Notificación Inicial

COBRA quiere a los empleadores a proveer a los empleados y sus dependientes cubiertos con notificación de sus derechos de COBRA cuando son cubiertos por primera vez bajo un plan de salud de grupo. Usted puede satisfacer esta obligación enviando por correo la notificación inicial a la dirección conocida del empleado y su cónyuge, con el sobre dirigido a "Empleado y Cónyuge" o "Empleado y Familia."

Muchos empleadores le entregan la notificación inicial a un empleado cuando la cobertura del plan comienza. Algunos empleadores simplemente incluyen la notificación en su descripción del resumen del plan (SPD) para el plan de salud de grupo. Cualquiera de estos dos métodos satisface el requisito de la notificación inicial, pero usted debe asegurarse de obtener un acuse de recibo por escrito de cada empleado *y* cónyuge o dependiente. Cónyuges y dependientes tienen que recibir notificación y ser informados sobre sus derechos individuales de elección. Usted no debe asumir que el empleado proveerá la información a su cónyuge. Si decide incluir la notificación inicial de COBRA en su SPD del plan, tiene que acordarse de enmendar el SPD si y cuando usted enmiende su notificación de COBRA.

C. Notificación De Un Evento Calificante

COBRA requiere que usted envíe una notificación de los derechos de COBRA y un formulario de elección a los participantes afectados luego de un evento calificante. El Acta requiere que el patrocinador del plan notifique al administrador del plan dentro de 30 días luego de un evento calificante. El administrador del plan tiene entonces que emitir una notificación de COBRA y un formulario de elección a los participantes afectados dentro de 14 días luego que la notificación del evento calificante es recibida Así que, el tiempo máximo que COBRA per-

mite para que un participante sea provisto con una notificación de COBRA es 44 días luego del evento calificante.

El Departamento de Trabajo de E.E.U.U. y las cortes han sostenido que los patrocinadores de planes que hacen su propia administración de COBRA tienen el período completo de 44 días para emitir notificaciones de COBRA y los materiales de elección. Sin embargo, usted querrá emitir estos materiales lo más pronto posible luego de un evento calificante. Esto empieza a correr el período de elección de COBRA y otras líneas finales y reducirá el período de tiempo general durante el cual su plan está sujeto a los requisitos de COBRA.

Una notificación de COBRA es considerada como dada en la fecha que es enviada por correo. Así que, usted debe enviar notificaciones de COBRA por correo certificado, recibo de regreso requerido, y retener una copia de la notificación y la tarjeta de recibo de regreso en el archivo de COBRA de cada participante. Además, su coordinador del cumplimiento de COBRA debe anotar quien envió por correo la notificación y cuando fue enviada en el archivo de cada participante.

COBRA no requiere que los patrocinadores del plan aseguren el recibo de las notificaciones de COBRA. Una vez usted envíe la notificación del evento calificante y los materiales de elección, usted generalmente no necesita tomar más pasos para asegurar su entrega. Si usted sabe que el cónyuge y/o sus dependientes tienen diferentes direcciones que el empleado afectado, entonces, usted debe enviar notificaciones separadas por correo al cónyuge y/o dependientes a su última dirección conocida.

CONTINUAR COBERTURA BAJO COBRA

A. Elegir Cobertura

Los participantes afectados tienen que ser dados por lo menos 60 días donde puedan hacer la elección de COBRA. El período de 60 días generalmente empieza a correr en la fecha mas tarde donde la cobertura del plan sería perdida por un evento calificante o la fecha que la notificación de COBRA y el formulario de elección fueron enviados.

Los participantes afectados pueden devolver sus formularios de elección de COBRA en persona o por correo. Si es por correo, usted debe guardar el sobre que contiene el formulario de elección “B” este sello probará la fecha

de envío. Si el sello es más de 60 días luego de la fecha de la notificación COBRA, la elección es inválida y debe ser devuelta al participante afectado con una carta declarando que la elección atentada no está a tiempo y es inválida. Aunque puede ser tentador hacerlo, no debe hacer ninguna excepción a esta regla. El hacer una excepción aumenta los riesgos asociados con litigio basado en reclamos de discriminación.

Cada participante tiene derechos de elección separados y debe recibir una notificación separada (o notificación enviada a "Empleado y Cónyugue" o "Empleado y Familia"). Un empleado puede rechazar cobertura, pero elegir cobertura para un cónyuge o dependientes o viceversa. Sin embargo, usted debe requerir consentimiento del cónyuge donde un participante casado con cobertura dependiente decide no elegir cobertura COBRA dependiente. Esto ayudará a evitar el auto-asegurar reclamos de un cónyuge en el evento que un empleado intente abandonar cobertura dependiente para disminuir su responsabilidad para apoyo de cónyuge en cualquier separación legal o procedimiento de divorcio.

Participantes pueden relevar afirmativamente cobertura COBRA durante el período de elección. Estos participantes tienen que ser permitidos a rescindir un relevo y elegir cobertura COBRA, sin embargo, si lo hacen antes del final del período inicial de 60 días de elección. En este caso, el plan no tiene que cubrir ningún reclamo por gastos incurridos entre el evento calificante y la fecha en que el participante rescinde el relevo.

Técnicamente, el Acta prohibe que los planes rechacen cobertura a los participantes del plan durante sus períodos de elección de COBRA. Esto presenta un problema para empleadores que cubren reclamos y nunca reciben el pago de prima del beneficiario calificado. Usted debe ser cauteloso en esta área, pero debe considerar sostener todos los reclamos de beneficiarios calificados hasta que usted reciba el pago de la prima de COBRA. Mientras que la cobertura sea restituída de forma retroactiva sin aberturas, esta póliza no violará COBRA.

B. Duración De La Cobertura

Según es mostrado en la siguiente gráfica, la cobertura COBRA está disponible por 18 meses desde la fecha de un evento calificante, si el evento calificante inicial es una

terminación de empleo o reducción en horas trabajadas. Si el evento calificante inicial es divorcio, separación legal, pérdida de condición dependiente, derecho del empleado a cobertura de Medicare, o la bancarrota del patrocinador del plan, el período máximo de COBRA para cónyuges y dependientes es 36 meses desde la fecha del evento calificante.

Evento Calificante	Tiempo De Cobertura Del Empleado	Tiempo De Cobertura Del Beneficiario
Terminación De Empleo	18 meses*	18 meses*
Reducción De Horas	18 meses*	18 meses*
Divorcio	Ninguno	36 meses
Separación Legal	Ninguno	36 meses
Muerte Del Empleado	Ninguno	36 meses
Pérdida De Condición	Ninguno	36 meses

*Si la Administración de Seguro Social determina que un empleado o dependiente fue incapacitado en cualquier momento durante los primeros 60 días luego de un evento calificante, el empleado y dependiente y todos los beneficiarios calificados relacionados pueden extender la cobertura COBRA a 29 meses desde la fecha del evento calificante. Un beneficiario calificado tiene que proveer al administrador del plan un certificado escrito sobre la incapacidad dentro de 60 días de la determinación de la Administración de Seguro Social y antes del final del período inicial de los 18 meses de COBRA.

EJEMPLO: Carol termina con su empleo el 1 de diciembre. Ella solicita los beneficios de Seguro Social por incapacidad y recibe una notificación fechada con el 1 de junio del siguiente año donde ella es considerada incapacitada desde el 15 de diciembre. Carol y todos sus dependientes cubiertos relacionados tienen derecho a un máximo de 29 meses de cobertura COBRA si Carol presenta la notificación por escrito de la incapacidad al administrador del plan antes del 30 de julio.

La cobertura COBRA puede ser extendida para cónyuges y dependientes si se experimenta un segundo

evento calificante (ej. La muerte o divorcio del empleado) luego de la terminación de empleo del empleado o una reducción en horas que resultó originalmente en cobertura COBRA. La cobertura extendida durará hasta 36 meses desde la fecha del evento calificante inicial. Por ejemplo, si un empleado termina con su empleo, él y sus dependientes cubiertos pueden elegir hasta 18 meses de cobertura COBRA. Si durante este período de 18 meses, el ex-empleado muere, el cónyuge y dependientes que eligieron cobertura puede extender la cobertura hasta un total de 36 meses desde la fecha de la terminación del empleo del empleado.

C. Terminación De Cobertura

La cobertura COBRA puede terminar antes del final del máximo de los períodos de 18, 29, o 36 meses bajo ciertas circunstancias. Cobertura terminará antes si cualquiera de los siguientes eventos ocurren:

1. Usted ya no provee cobertura de salud de grupo **a ninguno** de sus empleados, incluyendo ninguno de los empleados de otro empleador dentro del mismo grupo controlado de compañías;

2. La prima del beneficiario calificado para continuación de cobertura no es pagada a tiempo;

3. Un beneficiario calificado tiene cobertura por el Medicare;

4. Un beneficiario calificado que extendió cobertura por hasta 29 meses por una incapacidad es considerado por la Administración de Seguro Social a no ser más incapacitado; o

5. Un beneficiario calificado es cubierto o tiene cobertura (luego de la fecha del evento calificante)bajo otro plan de salud de grupo (como empleado u otra cosa) a menos que ese plan contenga una exclusión o limitación con respecto a cualquier condición pre-existente que el beneficiario calificado tenga, y que éste no cumpla o aplique con la exclusión de la condición pre-existente a través de las reglas de cobertura del Acta de Responsabilidad y Portabilidad de Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

   EJEMPLO: Ted ha estado cubierto bajo COBRA por 12 meses. Él acepta un trabajo a través del

cual es inmediatamente elegible para participar en un plan de seguro de salud de grupo. El plan nuevo de Ted no paga reclamos por condiciones pre-existentes por los primeros 12 meses de cobertura. HIPAA, sin embargo, declara que los planes tienen que cambiar sus períodos de exclusión pre-existentes por la cantidad de cualquier cobertura creditable, incluyendo cobertura COBRA. Así que, el plan nuevo de Ted no puede excluir ninguna de sus condiciones pre-existentes porque tenía 12 meses de cobertura creditables a través de COBRA. Ted puede ser sacado de su plan en el primer día de cobertura bajo el nuevo plan.

Planes asegurados pueden ser requeridos bajo ley estatal a ofrecer cobertura de conversión individual a beneficiarios calificados que exhaustan el período máximo de continuación COBRA. Si usted patrocina un plan asegurado, debe informarle a los participantes de los derechos aplicables de conversión individual en la notificación inicial de COBRA. También debe informarle que no recibirán más recordatorios al final del período de continuación de COBRA y que son responsables por pedir cobertura individual a la compañía de seguro. Planes auto-asegurados no están sujetos a los derechos de conversión individual.

D. Pagar La Cobertura

Generalmente, los beneficiarios calificados tienen que pagar el costo completo de la cobertura de continuación de COBRA. Usted puede cobrar hasta 102% de la prima atribuída a los empleados activos similarmente situados. Aún si usted paga una porción de la prima para cobertura para los empleados activos, usted no necesita hacerlo para beneficiarios calificados. Para cobertura extendida de COBRA por una incapacidad calificada por el Seguro Social, los empleadores pueden cobrar hasta 150% del costo de la prima por los 11 meses adicionales de cobertura COBRA.

Beneficiarios calificados tienen que pagar su pago inicial de prima de COBRA dentro de 45 días luego de su elección de COBRA. Este pago inicial tiene que incluir una cantidad para cubrir el costo de la prima para toda la cobertura retroactiva a la fecha del evento calificante. Por ejemplo, si un participante recibe notificación de COBRA

y un formulario de elección el 1 de octubre, la elección tiene que ser hecha antes del 29 de noviembre. El beneficiario calificante entonces tiene 45 días, hasta el 13 de enero, para pagar la prima inicial, la cual tiene que incluir los pagos de prima de octubre a diciembre.

Para todas las primas subsecuentes de COBRA, el Acta requiere un período de gracia de 30 días. Así que, en el ejemplo anterior, la prima del beneficiario calificado para enero tiene que ser pagado antes del 31 de enero, el pago de febrero tiene que ser pagado antes del 28 de febrero, ect.

Como con las notificaciones de COBRA y formularios de elección, la fecha del pago de la prima es crucial. Así que, usted debe guardar todos los sobres conteniendo los pagos de la prima, especialmente si la fecha del pago es crucial. Los sellos servirán como fecha efectiva del pago de la prima. Un pago de prima que no es enviado a tiempo debe ser rechazado y devuelto al beneficiario calificado. En este punto, la continuación de cobertura terminaría en la última fecha donde la prima aplicable fue pagada.

Si un beneficiario calificado remite un pago de prima parcial, usted debe devolver el pago inmediatamente con un pedido de un pago completo. Usted debe informar a la persona que su fecha final para el pago de prima no será extendido y que la cobertura será terminada automáticamente si el pago completo no es recibido a tiempo.

Usted también debe considerar como manejar cheques sin suficientes fondos. Muchos empleadores devuelven estos cheques, cobran el costo apropiado de procesamiento, y rehusan aceptar ningún pago futuro de primas de COBRA por cheques personales. De nuevo, un trato consistente de todos los beneficiarios calificados es crítico.

Como con notificaciones de elección, usted no debe hacer ninguna excepción a las reglas que usted desarrolle con respecto a los períodos de gracia para primas, pagos parciales, o cheque sin suficiente fondos. Excepciones a estas reglas pueden exponerlo a usted a responsabilidad legal basada en reclamos de discriminación.

Beneficiarios calificados pueden tener a otra persona que pague sus primas de COBRA. Por ejemplo, autoridades estatales de Medicaid pueden pagar primas de COBRA. También, en caso de divorcio, un cónyuge puede

ser responsable consiguiente a una orden de corte a remitir primas de COBRA a nombre del otro cónyuge. No importa el que pague las primas, usted debe mantener una póliza consistente para todos los pagos tardíos.

ENFORZAMIENTO

El Departamento de Trabajo de E.E.U.U. y el Servicio de Rentas Internas tiene cada uno autoridad de enforzamiento para violaciones de COBRA. Las cortes federales también tienen jurisdicción para escuchar demandas de COBRA, incluyendo aquellas que fueron radicadas por participantes individuales.

A. Enforzamiento Del Departamento Del Trabajo (DOL)

COBRA autoriza al Departamento de Trabajo a imponer una multa de hasta $110 por día por una violación de notificación de COBRA. Cada fracaso de notificación carga su propia multa, así que estas cantidades pueden ser significantes en el evento de un procedimiento defectuoso de notificación, una reducción grande en fuerza con múltiples notificaciones erróneas de COBRA, o si las notificaciones no van a dependientes múltiples viviendo en una dirección que difiera de la de un empleado terminado. Penalidades se acumulan hasta que el empleador emita una notificación completa y exacta de COBRA. El Departamento de Trabajo típicamente estudiaría esta multa como parte de una audiencia de COBRA luego de una querella de un participante. Generalmente, el Departamento del Trabajo no acordará en relevar o reducir las multas de COBRA.

B. Enforzamiento De Servicios De Rentas Internas (IRS)

COBRA también autoriza a IRS a recaudar un impuesto de $100 por día contra los patrocinadores que no se adhieran a los requisitos de notificación de COBRA. Aunque menos común que las penalidades de DOL, IRS recauda impuestos por cualquier violación de COBRA que descubra durante una audiencia de nómina regular. Estos impuestos no son equivalentes a las multas de DOL. Así que, los patrocinadores de planes que no emiten las notificaciones de COBRA a tiempo corren un riesgo de

pagar $210 por día por cada día que no cumpla.

C. Enforzamiento A Través De Las Cortes

Participantes pueden demandar los planes por beneficios que ellos sienten han sido negados a través de notificaciones incorrectas o tardías de COBRA o su administración. COBRA prevalece los reclamos basados en la ley estatal (excepto por reclamos contra un plan asegurado basado en la ley estatal de continuación de cobertura), así que la mayoría de las demandas de COBRA tienen que ser radicadas en corte federal. Las cortes no otorgarán daños de castigo o compensatorios en estos casos, y juicios con jurado no están disponibles. Las cortes pueden, sin embargo, ordenar a los patrocinadores de plan a restituir cobertura, pagar por cualquier reclamo actual que no ha sido pagado, y ordenar pago de $110 por día por no cumplir a cada beneficiario calificado afectado que prevalezca en corte. Las cortes reducirán típicamente la multa de $110 a menos que encuentren que las violaciones de las notificaciones de COBRA son intencionales, voluntarias o notables.

Empleadores con planes de salud de grupo asegurados que fracasen en cumplir con las obligaciones de notificación de COBRA corren un riesgo potencial más grande que DOL, IRS, o penalidades impuestas por la corte. Esto es porque los cargadores de seguros pueden rehusarse a restituir los beneficiarios de COBRA por quienes el patrocinador del plan no ha continuado los pagos de prima. Así que, un empleador en esta situación tendrá que auto-asegurar todos los reclamos médicos para estos beneficiarios calificados. Si estos individuos tienen lesiones o enfermedades catastróficas y reclamos médicos extraordinariamente grandes, dichos errores de COBRA pueden probar ser extremadamente costosos.

PREVENIR PROBLEMAS

El cumplimiento de COBRA puede ser un trabajo de fechas y papeleo complicado. Pero con algunos pasos preventivos simples, usted puede eliminar muchos de los riesgos asociados con COBRA. Primero y más importante, usted tiene que implementar un sistema de mantenimiento de récords meticuloso para tener al día y encontrar todas las notificaciones, formularios de elec-

ción y pagos de prima requeridos. Luego, asegúrese que usted siga sus procedimientos al pie de la letra en cada caso. Establezca un archivo para cada plan participante y mantenga cada documento relacionado a COBRA que envió a, o recibió de, cada participante. También debe considerar designar a alguien que será primordialmente responsable por el cumplimiento de COBRA en cada uno de los centros de trabajo. Este individuo debe estar familiarizado con los procedimientos normales de COBRA, y debe poner sus iniciales en cada archivo de cada participante por cada acción de COBRA. Este coordinador de las reglas de COBRA será su testigo estrella si surge litigio de cualquier violación alegada de COBRA.

Si usted patrocina un plan de salud de grupo, es crucial que usted revise su programa de cumplimiento de COBRA periódicamente. Usted tiene que estar seguro que tiene materiales de notificaciones al día y que estos materiales han sido enviados a tiempo. Si usted descubre notificaciones tardías, envíe notificaciones apropiadas inmediatamente.

Si usted ha contratado a un administrador de COBRA de un tercer partido, usted debe revisar sus procedimientos para asegurarse que el proveedor está al día con la legislación reciente de COBRA. Usted no puede asumir que el proveedor está administrando apropiadamente a COBRA, porque usted todavía puede enfrentar responsabilidad legal de COBRA por el error de un administrador de un tercer partido.

Atención al detalle y hacer las cosas a tiempo son los elementos esenciales para la administración de COBRA. Usted puede reducir grandemente la posibilidad de ser sujeto a penalidades de DOL, impuestos de IRS, y el enorme potencial del gasto de auto-asegurar reclamos médicos catastróficos siguiendo estas medidas del cumplimiento de COBRA.

Para más información sobre este tema, por favor contacte cualquier oficina de Fisher & Phillips LLP.

OTROS PANFLETOS EN ESTA SERIE:

Acta De Americanos Con Incapacidad (Acomodaciones Públicas)

Acta De Americanos Con Incapacidad (Aspectos De Empleo)

Discriminación De Empleo

Acta De Licencia Médica Y Familia

Ley De Inmigración

Acta Nacional De Relaciones Laborales (Prácticas De Labor Injustas)

Acta Nacional De Relaciones Laborales (Organización De Unión)

OSHA

Hostigamiento Sexual

Horas y Salarios

Mantenimiento De Récords y Enforzamiento