



NC Family to Family Health Information Center

Un faro para las familias de niños con necesidades especiales de salud

NC Family to Family Health Information Center
ECAC
907 Barra Row, Suites 102/103
Davidson, NC 28036
Teléfono: (704) 892-1321
Fax: (704) 892-5028
Línea Informativa para Padres
1-800-962-6817
hic@ecacmail.org

Hoja
Informativa

3

Leyes del Consumidor de Salud y Leyes Relacionadas COBRA

El Acta de Reconciliación del Presupuesto de Selección Consolidada. (The Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act COBRA) se aprobó en 1986 para ayudar a los trabajadores y sus familias a mantener su cobertura de salud para un grupo, durante los períodos en los que se haya dejado el trabajo ya sea voluntaria ó involuntariamente, reducción en las horas de trabajo, transición entre trabajos y en otros casos específicos.

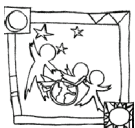
La ley otorga a los trabajadores que han perdido sus beneficios de salud, el derecho a decidir si continúan con los beneficios de salud en grupo que provee el plan bajo ciertas circunstancias.

COBRA generalmente requiere que los planes de salud en grupo patrocinados por empresas con 20 ó más empleados en el año anterior, ofrezca a los empleados y sus familias la oportunidad de una extensión temporal de la cobertura de salud (llamada **cobertura de continuación—continuation coverage**) en ciertos casos en que la cobertura bajo el plan terminaría de todas maneras.

Para esas empresas con 20 ó más empleados en el año anterior, la ley generalmente cubre los planes del grupo de salud que ellos mantienen. Eso aplica a los planes en el sector privado y son patrocinados por el estado y gobierno locales. Las provisiones de COBRA que cubren los planes del estado y del gobierno, son administrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services).

Existen algunos eventos que pueden causar que los trabajadores y miembros de su familia pierdan una cobertura de salud en grupo que puede resultar en el derecho a la cobertura COBRA. Estos incluyen:

- Término del empleo voluntaria ó involuntariamente del empleado con cobertura, por razones diferentes al mal comportamiento.
- Reducción de horas de trabajo para el empleado con cobertura.
- Empleado con cobertura con derecho a Medicare.
- Divorcio or separación legal del empleado con cobertura.
- Fallecimiento del empleado con cobertura.
- Pérdida de la categoría como niño dependiente bajo las reglas del plan.




El Centro Informativo de Salud de Familia a Familia es un Programa del Centro de Asistencia para Niños con Discapacidades (ECAC) y está afiliado with Family Voices de Carolina del Norte. Esta hoja informativa se desarrolló con fondos del U.S. Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration, Maternal and Child Health Bureau, Division of Services for Children with Special Health Needs. El Centro Informativo de Salud de Familia a Familia de Carolina del Norte opera auspiciado con fondos # H84MC08000.

FAMILY VOICES®

Derechos de Salud del Consumidor y Leyes Relacionadas COBRA

<u>Beneficiario Calificado</u>	<u>Evento a Calificar</u>	<u>Periodo de Cobertura</u>
Empleado Esposo Hijo Dependiente	Terminación Horas Reducidas	18 Meses
Esposo Hijo Dependiente Legal	Derecho a Medicare Divorcio/Separación Legal Término de la Cobertura del Empleado	36 Meses




Este período de 18 meses puede extenderse a 29 meses si el beneficiario es considerado como  discapacitado por la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration). Aunque, COBRA también declara que la continuación de la cobertura puede cortarse en ciertos casos.

Notificación de Requerimientos

Una notificación inicial debe proveerse a los empleados con cobertura y sus esposos(as), al momento que inicie la cobertura bajo el plan, informándoles de los derechos bajo COBRA y que describa las provisiones de la ley. La información de COBRA también debe ser contenida en el resumen de la descripción del plan (plan's summary description SPD).

Cuando se le notifica al administrador del plan que ha ocurrido un evento que califica, debe de notificarse el derecho de cada beneficiario calificado a escoger que la cobertura continúe.

COBRA permite que al menos 60 días después de la fecha de la notificación de elección, se informe el administrador del plan que el beneficiario calificado quiere elegir la continuación de la  la cobertura.

Bajo COBRA, el empleado cubierto ó un miembro de la familia tiene la responsabilidad de informar al administrador del plan de un divorcio, separación legal, discapacidad ó el hijo que pierde la categoría de dependiente bajo el plan.

Las empresas tienen responsabilidad para notificar al administrador del plan el fallecimiento del empleado, terminación del empleo ó reducción de horas ó derecho a Medicare.

Si los individuos cubiertos cambian su estado marital ó sus esposo(a)s han cambiado direcciones, ellos deberán notificar al administrador del plan .

Pagos de la Prima

Los individuos que califican pueden ser requeridos para pagar la cobertura entera de la prima para una cobertura mayor al 102% del costo del plan. Las primas pueden ser más altas (mayores a 150%) por personas que ejercen las razones por discapacidad de COBRA. Si los pagos no se hacen a tiempo puede ocasionar el termino de la cobertura.

Para Más Información

Si desea saber más de COBRA, contacte al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor at www.dol.gov/ebsa) ó llame al 1-866-444-3272.