

**BOLETÍN DE AYUDA TÉCNICA N.º 2021-03**

FECHA: 30 DE DICIEMBRE DE 2021

MEMORANDO PARA: MABEL CAPOLONGO, DIRECTOR DE CUMPLIMIENTO
AMY TURNER, DIRECTOR DE ADMINISTRACIÓN DE CAMPO
DIRECTORES REGIONALES

MEDIANTE: TIMOTHY D. HAUSER
SUBSECRETARIO ADJUNTO PARA OPERACIONES DEL PROGRAMA

DE: JOHN J. CANARY
DIRECTOR DE REGLAMENTACIONES E INTERPRETACIONES

ASUNTO: POLÍTICA TEMPORAL DE CUMPLIMIENTO RELACIONADA CON
REVELACIONES DE LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE PLANES DE
SALUD COLECTIVOS SEGÚN LA SECCIÓN 408(b)(2)(B) DE ERISA

Este memorando anuncia el cumplimiento temporal de la política del Departamento de Trabajo (Departamento) sobre las revelaciones de los proveedores de servicios de planes médicos, según la sección 408(b)(2)(B) de ERISA. La sección 202 del título II de División BB de la Ley de Asignaciones Consolidadas de 2021 (CAA) enmendó la sección 408(b)(2) de ERISA para exigir que ciertos proveedores de servicios para planes médicos colectivos, como se definen en la sección 733(a) de ERISA, revelen la información especificada a un fiduciario responsable del plan sobre la remuneración directa e indirecta que el proveedor del servicio espera recibir en relación con sus servicios al plan. Los nuevos requisitos de revelación en la sección 408(b)(2)(B) de ERISA se aplican a las personas que prestan “servicios de corretaje” o “consultoría” a los planes médicos colectivos cubiertos por ERISA que razonablemente esperan recibir \$1,000 o más en remuneración directa o indirecta relacionada con la prestación de esos servicios. Se exige que la información se revele según la sección 408(b)(2)(B) de ERISA, que incluye tanto remuneración directa como indirecta que se espera recibir en relación con un contrato o acuerdos entre un proveedor de servicios cubiertos y un plan cubiertos, generalmente debe revelarse razonablemente con antelación de las partes que firman el contrato o el arreglo. Las revelaciones exigidas pretenden dar al fiduciario responsable del plan suficiente información para evaluar la razonabilidad de la remuneración que se recibirá y los conflictos de interés potenciales que pueden existir como resultado de que un proveedor de servicios cubiertos reciba una remuneración indirecta de fuentes distintas al plan o al patrocinador del plan. La CAA dispone que las enmiendas a la sección 408(b)(2)(B) de ERISA se apliquen a partir de un año después de la fecha de la promulgación del 27 de diciembre de 2020 de la CAA, *por ejemplo*, el 27 de diciembre de 2021.

POLÍTICA DE CUMPLIMIENTO TEMPORAL

El Departamento no emite una guía regulatoria en este momento. Sin embargo, el Departamento está consciente de que los proveedores de servicios y los fiduciarios de planes médicos colectivos tienen preguntas sobre ciertas disposiciones de la nueva ley. El Departamento está dando la siguiente guía y política de cumplimiento temporal para tratar estas preguntas.

El Departamento entiende que las estructuras de los acuerdos y remuneración de los proveedores de planes médicos colectivos no son uniformes, con frecuencia son complicadas y estructuradas para reflejar la ley del estado. Como corresponde, el Departamento espera que los proveedores de servicios cubiertos adopten varios métodos para hacer la revelación exigida respecto a sus servicios y remuneración de una manera que cumpla la sección 408(b)(2)(B) de ERISA. Para propósitos de analizar la aplicación de la sección 408(b)(2)(B) de ERISA a un contrato o acuerdos de servicios, el Departamento cree que un objetivo significativo de los nuevos requisitos de revelación es mejorar la transparencia de los cargos, especialmente por los acuerdos de servicios que incluyen el pago de remuneración indirecta como se define en la sección 408(b)(2)(B)(ii)(I)(dd)(CC).¹ Por ejemplo, antes, es posible que los proveedores de servicios no tuvieran que revelar la remuneración que razonablemente esperaban recibir de un proveedor tercero a cambio de remitir a clientes de planes médicos colectivos a este proveedor (*por ejemplo*, remuneración indirecta) porque esta remuneración no la pagaba directamente el plan médico colectivo. El estatuto ahora exige sin ambigüedad que los proveedores de servicios cubiertos revelen los cargos y la remuneración indirecta. Cuando se analizan los esfuerzos del proveedor de servicios cubierto para calificar, el Departamento considerará si la revelación de información del proveedor está diseñada e implementada razonablemente para dar la información y la transparencia exigida.

Congruente con la extensión de la ayuda de transacciones prohibidas por la sección 408(b)(2) de ERISA, y pendiente de más guía, en el caso de una persona que es un proveedor de servicios cubiertos según la sección 408(b)(2)(B) de ERISA por motivo de prestar servicios de corretaje o de consultoría a un plan médico para grupo, el Departamento no tratará a esa persona como alguien que no hizo las revelaciones exigidas a un plan fiduciario responsable según la sección 408(b)(2)(B) de ERISA siempre que la persona que hace las revelaciones de buena fe y según la interpretación razonable de la sección 408(b)(2)(B) de ERISA. Además, la sección 408(b)(2)(B)(viii) de ERISA da una ayuda condicional para los fiduciarios responsables del plan en relación con las no revelaciones por los proveedores de servicios cubiertos. El Departamento interpretará y aplicará la sección 408(b)(2)(B)(viii) de ERISA ante la política de cumplimiento para los proveedores de servicios cubiertos mencionados arriba. En general, y pendiente de guías o creación de leyes en el futuro, se espera que los proveedores de servicios cubiertos y los fiduciarios del plan implementen los requisitos de la sección 408(b)(2)(B) de ERISA con buena fe y una interpretación razonable de la ley.

GUÍA SOBRE BUENA FE E INTERPRETACIONES RAZONABLES

P1: Los requisitos de revelación de la sección 408(b)(2)(B) que la CAA agregó son considerablemente similares a la reglamentación de la sección 408(b)(2) de ERISA que rige las revelaciones del proveedor de servicios cubiertos a los fiduciarios responsables de los planes de pensión. Consulte 29 CFR § 2550.408b-2(c). En el intento de cumplir los nuevos requisitos de CAA para los planes médicos colectivos, ¿los proveedores de servicios cubiertos pueden consultar guías del Departamento anteriores creadas para los proveedores de servicios de planes de pensión?

Sí. Aunque ciertas disposiciones en la sección 408(b)(2)(B) de ERISA no son idénticas a las disposiciones de revelación en la reglamentación 29 CFR § 2550.408b-2(c) de los planes de pensión, el Departamento verá como buena fe y un paso razonable que un proveedor de servicios de planes médicos colectivos considere la guía del Departamento sobre su reglamentación para planes de pensión relacionados con los requisitos de revelación similares según la sección 408(b)(2)(B) para los proveedores de servicios de planes médicos colectivos.

¹ El Departamento buscó un objetivo similar cuando emitió su reglamentación final que exigía mejores revelaciones de cargos para proveedores de servicio de planes de pensión, asegurando la revelación integral de la remuneración que los proveedores de servicios cubiertos recibirán, ya sea directamente del plan o indirectamente de terceros. Consulte 29 CFR § 2550.408b-2(c); consulte también la explicación del Departamento para adoptar esta reglamentación, en 77 FR 5632 (3 de febrero de 2012).

Una cantidad considerable de información sobre las perspectivas del Departamento sobre los requisitos similares de revelación para los planes de pensión de ERISA está disponible en los Avisos publicados en relación con la regla final de 2012 del Departamento que rige las revelaciones del plan de pensión. Aunque los acuerdos de remuneración de los planes médicos colectivos pueden ser diferentes a los de la remuneración de los planes de pensión, la CAA agrega mucha de la terminología y muchos de los requisitos en la sección 408(b)(2)(B) y la reglamentación del Departamento sobre la revelación de los planes de pensión es idéntica, por lo que las explicaciones del Departamento sobre la terminología y los requisitos pueden ser útiles cuando se analizan las nuevas disposiciones en la sección 408(b)(2)(B) de ERISA. Consulte 29 CFR § 2550.408b-2(c); 77 FR 5632 (3 de febrero de 2012), *Reasonable Contract or Arrangement Under Section 408(b)(2)—Fee Disclosure* (Final Rule), <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2012-02-03/pdf/2012-2262.pdf>; y 75 FR 41600 (16 de julio de 2010), *Reasonable Contract or Arrangement Under Section 408(b)(2)—Fee Disclosure* (Interim Final Rule), <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2010-07-16/pdf/2010-16768.pdf>.

P2: ¿La sección 408(b)(2)(B) de ERISA cubre planes médicos colectivos asegurados y autoasegurados?

La sección 408(b)(2)(B) de ERISA se aplica a planes médicos colectivos como se define en la sección 733(a) de ERISA. La sección 733(a) de ERISA define un “plan médico colectivo” como “un plan de beneficios para el bienestar de un empleado hasta el punto en el que el plan presta atención médica... al empleado o sus dependientes... directamente o mediante el seguro, reembolso o de otra manera”. Este término incluye tanto planes médicos colectivos asegurados y autoasegurados, como los planes médicos con derechos adquiridos, según los define la sección 1251(e) de la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio. Como la sección 733(a)(1) de ERISA excluye expresamente los acuerdos de reembolsos de gastos médicos de pequeños empleadores de la definición de planes médicos colectivos, estos acuerdos no están sujetos a estas disposiciones. El cumplimiento de los requisitos de revelación en la sección 408(b)(2)(B) de ERISA es una condición, entre otras, en la sección 408(b)(2) de ERISA, para que los acuerdos de proveedores de servicios cubiertos estén exentos de las disposiciones de transacciones prohibidas en las secciones 406(a)(1)(C) y (D) de ERISA.²

P3: Un plan que presta solo “beneficios exceptuados”, como beneficios dentales y de la vista con una extensión limitada según se define en la sección 733(c)(2) de ERISA, ¿es un “plan cubierto”?

La sección 733(a) de ERISA define un “plan médico colectivo” como “un plan de beneficios para el bienestar de un empleado hasta el punto en el que el plan presta atención médica... al empleado o sus dependientes... directamente o mediante el seguro, reembolso o de otra manera”. La sección 733(c)(2) de ERISA dispone que ciertos beneficios no están sujetos a ciertos requisitos de la Parte 7 de ERISA si se ofrecen de manera separada, incluyendo los beneficios dentales o de la vista con una extensión limitada. Los proveedores de servicios para, y los emisores de, cobertura dental y de la vista preguntaron al Departamento si los planes que prestan solo estos “beneficios exceptuados” son “planes cubiertos” para propósitos de los nuevos requisitos de revelación en la sección 408(b)(2)(B) de ERISA.

La perspectiva del Departamento es que los planes dentales y de la vista con extensión limitada, aunque exceptuados de ciertos requisitos en la Parte 7 de ERISA, son “planes cubiertos” sujetos a los requisitos de la sección 408(b)(2)(B) de ERISA. La definición de un “plan cubierto” en la sección 408(b)(2)(B) de ERISA se refiere a la sección 733(a) de ERISA, sin una indicación de que la definición se limita más en la sección 733(c)(2) de ERISA. Esta conclusión se apoya más con la definición de un “proveedor de servicio cubierto” en la sección 408(b)(2)(B)(ii)(I)(bb) de ERISA, que dice que los servicios de corretaje cubiertos en el subpárrafo (AA) incluyen los servicios prestados a un “plan cubierto con respecto a la selección de productos de seguros (*incluyendo de la vista y dental*)” y que los servicios de consultoría cubiertos en el subpárrafo (BB) incluyen los servicios “relacionados con el desarrollo e implementación de la selección del diseño del plan, el seguro o el producto de seguro (*incluyendo de la vista y dental*)”[.][énfasis agregado].

² Este boletín no trata ninguno de los problemas de transacciones prohibidas que pueden surgir según la sección 406(b) de ERISA. El cumplimiento de la sección 408(b)(2) de ERISA no da ninguna ayuda para las transacciones prohibidas de autonegociación fiduciaria de la sección 406(b) de ERISA. Consulte 29 CFR 2550.408b-2(e). Consulte también Advisory Opinion 82-26A; Advisory Opinion 83-44A; Information Letter to Richard E. Dolan from Bette J. Briggs (17 de diciembre de 1990).

Ni el texto de la enmienda legal a la sección 408(b)(2) de ERISA, ni la historia legislativa de la CAA, hace evidente ninguna intención de excluir los contratos o los acuerdos que incluyen los planes de beneficios exceptuados de los nuevos requisitos de revelación. El hecho de que estén excluidos de algunos de los requisitos de la Parte 7 de ERISA (como las disposiciones de portabilidad y de no discriminación de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos, las disposiciones de igualdad para la salud mental y el trastorno por consumo de sustancias, las reformas del mercado de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio y ciertas otras disposiciones de la Ley de facturas sorpresa (No Surprises Act)) tiene como consecuencia una conclusión diferente, según la perspectiva del Departamento. En su lugar, la base de la política para el tratamiento de los beneficios exceptuados según esas disposiciones de la Parte 7 no es análoga a la política subyacente a los nuevos requisitos de revelación del proveedor de servicios de 408(b)(2)(B) que, según la perspectiva del Departamento, aplica de igual manera a la cobertura dental y de la vista con extensión limitada como lo hace a otra cobertura médica colectiva.

P4: La sección 408(b)(2)(B) de ERISA define a los “proveedores de servicios cubiertos” para incluir a los proveedores de servicios de corretaje y de consultoría a los planes médicos colectivos, pero no define los servicios. ¿Se limita la definición a los proveedores de servicios que están autorizados, o que se mercadean, como “brókeres” o “consultores”?

No. Las secciones 408(b)(2)(B)(ii)(I)(bb)(AA) y (BB) de ERISA describen dos categorías de “proveedores de servicios cubiertos” a los que se aplican los nuevos requisitos de revelación: los primeros son los proveedores de “servicios de corretaje” y los segundos, los servicios de “consultoría”.³ Ninguno de los términos lo define la sección 408(b)(2)(B) de ERISA y las categorías se pueden traslapar en algunas circunstancias. En su lugar, cada uno de estos términos se describe en relación con una lista de subservicios que conforman el tema de los servicios de corretaje o de consultoría. Los proveedores de servicios son considerablemente discretos sobre cómo pueden describir y mercadear sus servicios y etiquetar sus cargos. El hecho de que un proveedor de servicios no se haga llamar a sí mismo un “consultor” o cobre un cargo por “consultoría” no dispone, por ejemplo, si el proveedor hace una “consultoría” para propósitos de la sección 408(b)(2)(B). Además, en algunos casos los servicios “agrupados” se prestan a un plan médico colectivo por un cargo, sin ningún cargo separado que se revele por un servicio específico. La naturaleza de la remuneración que se recibe por un proveedor de servicios tampoco es una base para definir o diferenciar los servicios de corretaje de los de consultoría.⁴ Pendiente de más guía, la política de cumplimiento del Departamento se aplicará a las partes que, razonablemente y de buena fe, determinen su estado como un proveedor de servicios cubiertos según la sección 408(b)(2)(B).

³ Específicamente, los *servicios de corretaje que* “se prestan a un plan cubierto con respecto a la selección de los productos de seguros (incluyendo de la vista y dental), los servicios de mantenimiento de registros, los proveedores de manejo médico, la administración de beneficios (incluyendo de la vista y dental), seguro de punto máximo de pérdida, servicios de manejo de beneficios de farmacia, servicios de bienestar, herramientas y proveedores de transparencia, paneles de proveedores preferidos de organización de compra de grupo, proveedores y productos de manejo de enfermedades, servicios de cumplimiento, programas de asistencia o servicios de administración de terceros” o los *servicios de consultoría* “relacionados con el desarrollo o la implementación de la selección del diseño del plan, el seguro o el producto de seguro (incluyendo de la vista y dental), el mantenimiento de registros, el manejo médico, la selección del manejo de beneficios (incluyendo de la vista y dental), el seguro de punto máximo de pérdida, los servicios de manejo de beneficios de farmacia, los servicios de diseño y manejo de bienestar, las herramientas de transparencia, los acuerdos y servicios de organización de compra de grupo, la participación en y los servicios de los paneles de proveedores preferidos, el manejo de enfermedades, los servicios de cumplimiento, los programas de ayuda al empleado o los servicios de administración de terceros”.

⁴ Históricamente, los consultores tendían a trabajar con una base de pago por servicio y los brókeres trabajaban por comisiones. Sin embargo, muchos brókeres ahora trabajan con una base de pago por servicio y muchos consultores trabajan por comisiones. La historia legislativa de las enmiendas que agregan a la sección 408(b)(2)(B) de ERISA y los borradores anteriores de la legislación, hacen una anotación sobre los cargos por remisión como un ejemplo de remuneración indirecta que debe revelarse, aunque el Departamento no vea la sección 408(b)(2)(B)(ii)(I)(bb)(BB) de ERISA como limitada a la remuneración que recibe por las remisiones de servicio. Consulte, por ejemplo, House Report 116-615 (Dec. 2, 2020), pág. 48, www.congress.gov/116/crpt/hrpt615/CRPT-116hrpt615.pdf y el debate de House Ways and Means enwaysandmeans.house.gov/sites/democrats.waysandmeans.house.gov/files/documents/OMNISurpriseBillingPublicHealthFDA_FINAL3.pdf.

Si una persona actúa de manera razonable y de buena fe depende de los hechos de la situación particular. Como se menciona arriba, la perspectiva del Departamento es que un objetivo significativo de los nuevos requisitos de revelación es mejorar la transparencia de los cargos, especialmente para los acuerdos de servicio que incluyen la recepción de remuneración indirecta, como se define en la sección 408(b)(2)(B)(ii)(I)(dd)(CC) de ERISA. Como corresponde, ante este objetivo y tomando en cuenta las consecuencias de transacciones prohibidas de una no revelación, los proveedores de servicio que esperan razonablemente recibir una remuneración indirecta de terceros en relación con el consejo, las recomendaciones o las remisiones respecto a cualquiera de los subservicios mencionados en la sección 408(b)(2)(B)(ii)(I)(bb) de ERISA, deberían prepararse, si el Departamento está auditando su cumplimiento de 408(b)(2)(B), para poder explicar cómo una conclusión de que ellos no son proveedores de servicios cubiertos es congruente con una interpretación del estatuto de buena fe razonable.

P5: ¿Cómo debería revelar un proveedor de servicios cubiertos las cantidades de remuneración que no se pueden saber con antelación, antes de firmar un contrato o un acuerdo con un plan médico colectivo? Por ejemplo, la remuneración que se recibe en última instancia con frecuencia dependerá de una cantidad de variables, como las elecciones reales de los beneficios por los participantes, los cambios a las elecciones y las tarifas de uso.

La sección 408(b)(2)(B) de ERISA exige que los proveedores de servicios cubiertos hagan las revelaciones necesarias a los fiduciarios del plan con antelación razonable de la fecha en la que firman un contrato o acuerdo con un plan médico colectivo cubierto. La disposición legal expresamente reconoce que esto puede incluir revelaciones de cálculos o fórmulas que regirían cualquier remuneración anticipada. El Departamento reconoce que los proveedores de servicios cubiertos no puedan decir con precisión la cantidad de la remuneración que esperan recibir por los servicios, porque la metodología con la que se determinan ciertos componentes de su remuneración dependerá de las decisiones o las variables que no se saben antes, o hasta en el momento, de la firma del contrato o acuerdo y, de hecho, puede cambiar durante el plazo del contrato o del acuerdo.

La sección 408(b)(2)(B) da explícitamente a los proveedores de servicios cubiertos una flexibilidad considerable sobre cómo revelan la remuneración que razonablemente esperan recibir. Dadas las diversas estructuras de servicio y de compensación que existen en el mercado de planes médicos colectivos, no es posible que el Departamento de un formulario de modelo o instrucciones específicas sobre cómo revelar todos los componentes de la remuneración potencial de cada proveedor de servicios. Sin embargo, la disposición legal permite una variedad de formatos de revelación que tratan específicamente muchos de los patrones de hechos presentados por las partes interesadas.

El subpárrafo 408(b)(2)(B)(ii)(II) menciona que la descripción necesaria de la remuneración o del costo “pueden expresarse como cantidades monetarias, fórmula o cargo per capita para cada persona inscrita o, si la remuneración o el costo no se puede expresar razonablemente en esos términos, por cualquier otro método razonable, incluyendo una revelación de que puede generarse otra remuneración pero no se puede calcular en el momento del contrato si esa revelación incluye una descripción de las circunstancias bajo las que la otra remuneración puede generarse y un cálculo razonable y de buena fe si el proveedor del servicio cubierto no puede de otra manera describir inmediatamente la remuneración o el costo y explica la metodología y las suposiciones que se usaron para preparar ese cálculo”.

Pendiente de más guía, el Departamento toma la perspectiva de que la revelación de la remuneración en rangos puede ser razonable en circunstancias en las que la presencia de eventos futuros, o de otras características del acuerdo de servicio, podrían tener como consecuencia una variación de la remuneración del proveedor de servicios en un rango proyectado. En ese aspecto, el siguiente lenguaje en el preámbulo de la reglamentación final del Departamento para revelaciones del proveedor de servicios cubiertos a los fiduciarios del plan de pensión es pertinente: “No obstante, estos rangos deben ser razonables según las circunstancias que rodean el acuerdo de servicio y de remuneración en cuestión.

Para asegurarse de que los proveedores de servicios cubiertos comunican información de remuneración significativa y que se entienda a los fiduciarios responsables del plan siempre que sea posible, el Departamento advierte que se prefiere la información de remuneración más específica, en lugar de menos específica, siempre que pueda presentarse sin una carga indebida”. Consulte 77 FR 5632, en 5645.

Sin importar la metodología que se usó para revelar la remuneración, la propiedad de la revelación debería medirse contra un objetivo principal de la disposición legal, que es dar al fiduciario responsable del plan suficiente información sobre la remuneración que los proveedores de servicios cubiertos recibirían para permitir que el fiduciario evalúe la razonabilidad de la remuneración y la severidad de cualquier conflicto de interés asociado. Los deberes de prudencia y lealtad en la sección 404 de ERISA se aplican a las decisiones del fiduciario responsable del plan de contratar a los proveedores de servicio y al monitoreo continuo de los acuerdos del proveedor de servicios. Lo que conforma una revelación adecuada para un acuerdo de remuneración específico dependerá de los hechos y las circunstancias del contrato o acuerdo de servicio.

P6: la sección 408(b)(2)(B)(i) de ERISA dice que “[n]ingún contrato o acuerdo de servicios entre un plan cubierto y un proveedor de servicios cubiertos, y ninguna extensión o renovación de un contrato o acuerdo, es razonable” a menos que se cumplan los requisitos de revelación de la sección 408(b)(2)(B). Los nuevos requisitos se aplican empezando el 27 de diciembre de 2021. ¿La aplicabilidad de la fecha incluye contratos o acuerdos de servicios que ya se firmaron?

La CAA dispone que las enmiendas de la sección 408(b)(2) de ERISA, incluyendo los nuevos requisitos de revelación para los proveedores de servicios cubiertos para planes médicos colectivos, “deberán aplicarse empezando 1 año después de la fecha de la promulgación [de la CAA]”. Como corresponde, los requisitos se aplican a proveedores de servicios y los planes cubiertos empezando el 27 de diciembre de 2021.

La CAA también dispone una regla de transición que aclara que “ningún contrato que un plan médico colectivo firmó antes del [27 de diciembre de 2021] sujeto a los requisitos de la sección 408(b)(2)(B) de [ERISA]...deberá estar sujeto a los requisitos de la sección 408(b)(2)(B)...[.]”⁵

Por lo tanto, solo los contratos o acuerdos por servicios que se firmaron, extendieron o renovaron en o después del 27 de diciembre de 2021, y caen dentro de la extensión de la sección 408(b)(2)(B), necesitan cumplir los requisitos de revelación en la sección 408(b)(2)(B).

La fecha en la que se firma un contrato o un acuerdo entre un agente o un bróker y un fiduciario del plan se considerará la fecha en la que se “firmó” un contrato o acuerdo. Por ejemplo, si un fiduciario del plan firma un nuevo contrato de servicio con un agente el 15 de diciembre de 2021, para el año del plan empezando el 1 de enero de 2022, el contrato de servicios se tratará como “firmado” el 15 de diciembre de 2021, que es antes del 27 de diciembre de 2021, por lo que el contrato no estará sujeto a los nuevos requisitos de revelación de remuneración, pero los requisitos de revelación se aplicarían si el contrato se renueva o extiende, o si se firma un nuevo contrato, en o después del 27 de diciembre de 2021.

⁵ Consulte la sección 202(d) del Título II de la División BB de la CAA.

También pendiente de más guía, en el caso de un agente o bróker que firma un contrato o acuerdo con un fiduciario de plan mediante el uso de un acuerdo de “bróker de registro” (BOR), la fecha del contrato o del acuerdo se considerará como firmado para propósitos de la sección 408(b)(2)(B) es la primera de las fechas en las que el acuerdo BOR se presentó a la aseguradora o la fecha en la que una solicitud colectiva se firme para la cobertura de seguros para el siguiente año del plan, siempre que la presentación o la firma se haga en el curso ordinario y no para evitar las obligaciones de revelación según la sección 408(b)(2)(B).

P7: ¿La ley se aplica a los planes médicos colectivos grandes y pequeños?

Sí, la sección 408(b)(2)(B) de ERISA se aplica a planes médicos colectivos sin importar el tamaño. No hay excepción para planes pequeños que cubren menos de 100 participantes. Un plan médico para grupo pequeño está sujeto a los requisitos de revelación aun si el plan está exento de presentar informe anual del Formulario 5500 según 29 CFR 2520.104-20 porque está completamente asegurado, no financiado o una combinación de completamente asegurado y no financiado.

P8: ¿Pretende el Departamento expedir reglamentaciones sobre estos requisitos legales de revelación?

La CAA no exige que el Departamento expida reglamentaciones según la sección 408(b)(2)(B) de ERISA y, como se menciona arriba, las disposiciones legales prestan fuertemente de y reflejan una reglamentación de mucho tiempo del Departamento que rige las revelaciones del proveedor de servicios para los planes de pensión. Como corresponde, el Departamento no cree que se necesiten reglamentaciones integrales para la implementación. El Departamento no pretende continuar con el monitoreo de comentarios de las partes interesadas y de las actividades de cumplimiento del Departamento para evaluar si, y de ser así, qué, otras guías pueden ser necesarias para ayudar a los proveedores de servicios cubiertos y a los fiduciarios del plan responsables a cumplir los nuevos requisitos de revelación. El Departamento está interesado particularmente en los comentarios si artículos particulares de las disposiciones legales de la sección 408(b)(2)(B) de ERISA se beneficiarían de las reglamentaciones de aviso y comentarios, y, de ser así, qué debería considerar el Departamento incluyendo cualquier reglamentación propuesta.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

Puede dirigir cualquier pregunta relacionada sobre este memorando a la Oficina de Reglamentaciones e Interpretaciones de la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados al (202) 693-8500.