



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting



2024 Annual Enrollment Notices & Disclosures

Vincit Group
January 1, 2024

Arthur J. Gallagher & Co.
www.ajg.com

Table of Contents

Legal Notices & Disclosures	Page
PATIENT PROTECTIONS DISCLOSURE	3
WOMEN'S HEALTH & CANCER RIGHTS ACT	3
NEWBORNS' AND MOTHERS' HEALTH PROTECTION ACT	3
PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)	4
HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES REMINDER	8
HIPAA SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS	8
NOTICE OF CREDITABLE COVERAGE	9
COBRA GENERAL NOTICE	12
MARKETPLACE NOTICE	16
SUMMARY ANNUAL REPORT	20

If you (and/or your dependents) have Medicare or will become eligible for Medicare in the next 12 months, a Federal law gives you more choices about your prescription drug coverage. Please see Page 8 where Notice of Creditable Coverage begins for more details.

PATIENT PROTECTIONS DISCLOSURE

The Vincit Group plan generally allows the designation of a primary care provider. You have the right to designate any primary care provider who participates in our network and who is available to accept you or your family members. For children, you may designate a pediatrician as the primary care provider.

You do not need prior authorization from the plan or from any other person (including a primary care provider) in order to obtain access to obstetrical or gynecological care from a health care professional in our network who specializes in obstetrics or gynecology. The health care professional, however, may be required to comply with certain procedures, including obtaining prior authorization for certain services, following a pre-approved treatment plan, or procedures for making referrals. For a list of participating health care professionals who specialize in obstetrics or gynecology, contact BlueCross BlueShield of Tennessee at 800.565.9140.

WOMEN'S HEALTH & CANCER RIGHTS ACT

If you have had or are going to have a mastectomy, you may be entitled to certain benefits under the Women's Health and Cancer Rights Act of 1998 ("WHCRA"). For individuals receiving mastectomy-related benefits, coverage will be provided in a manner determined in consultation with the attending physician and the patient, for:

- All stages of reconstruction of the breast on which the mastectomy was performed;
- Surgery and reconstruction of the other breast to produce a symmetrical appearance;
- Protheses; and
- Treatment of physical complications of the mastectomy, including lymphedema.

These benefits will be provided subject to the same deductibles and coinsurance applicable to other medical and surgical benefits provided under the plan. If you would like more information on WHCRA benefits, please call your Plan Administrator at 423.475.8904.

NEWBORNS' AND MOTHERS' HEALTH PROTECTION ACT

Group health plans and health insurance issuers generally may not, under Federal law, restrict benefits for any hospital length of stay in connection with childbirth for the mother or newborn child to less than 48 hours following a vaginal delivery, or less than 96 hours following a cesarean section. However, Federal law generally does not prohibit the mother's or newborn's attending provider, after consulting with the mother, from discharging the mother or her newborn earlier than 48 hours (or 96 hours as applicable). In any case, plans and issuers may not, under Federal law, require that a provider obtain authorization from the plan or insurance issuer for prescribing a length of stay not in excess of 48 hours (or 96 hours).

PREMIUM ASSISTANCE UNDER MEDICAID AND THE CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)

If you or your children are eligible for Medicaid or CHIP and you're eligible for health coverage from your employer, your state may have a premium assistance program that can help pay for coverage, using funds from their Medicaid or CHIP programs. If you or your children aren't eligible for Medicaid or CHIP, you won't be eligible for these premium assistance programs but you may be able to buy individual insurance coverage through the Health Insurance Marketplace. For more information, visit www.healthcare.gov.

If you or your dependents are already enrolled in Medicaid or CHIP and you live in a State listed below, contact your State Medicaid or CHIP office to find out if premium assistance is available.

If you or your dependents are NOT currently enrolled in Medicaid or CHIP, and you think you or any of your dependents might be eligible for either of these programs, contact your State Medicaid or CHIP office or dial **1-877-KIDS NOW** or www.insurekidsnow.gov to find out how to apply. If you qualify, ask your state if it has a program that might help you pay the premiums for an employer-sponsored plan.

If you or your dependents are eligible for premium assistance under Medicaid or CHIP, as well as eligible under your employer plan, your employer must allow you to enroll in your employer plan if you aren't already enrolled. This is called a "special enrollment" opportunity, and **you must request coverage within 60 days of being determined eligible for premium assistance**. If you have questions about enrolling in your employer plan, contact the Department of Labor at www.askebsa.dol.gov or call **1-866-444-EBSA (3272)**.

If you live in one of the following states, you may be eligible for assistance paying your employer health plan premiums. The following list of states is current as of July 31, 2023. Contact your State for more information on eligibility –

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Website: http://myalhipp.com/ Phone: 1-855-692-5447	The AK Health Insurance Premium Payment Program Website: http://myakhipp.com/ Phone: 1-866-251-4861 Email: CustomerService@MyAKHIPP.com Medicaid Eligibility: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Website: http://myarhipp.com/ Phone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Website: http://dhcs.ca.gov/hipp Phone: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Email: hipp@dhcs.ca.gov
COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/State Relay 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/State Relay 711 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.mycohibi.com/ HIBI Customer Service: 1-855-692-6442	Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Phone: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
GA HIPP Website: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Phone: 678-564-1162, Press 1 GA CHIPRA Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Phone: (678) 564-1162, Press 2	Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Website: http://www.in.gov/fssa/hip/ Phone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Website: https://www.in.gov/medicaid/ Phone 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
Medicaid Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members Medicaid Phone: 1-800-338-8366 Hawki Website: http://dhs.iowa.gov/Hawki Hawki Phone: 1-800-257-8563 HIPP Website: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp HIPP Phone: 1-888-346-9562	Website: https://www.kancare.ks.gov/ Phone: 1-800-792-4884 HIPP Phone: 1-800-967-4660
KENTUCKY – Medicaid	LOUISIANA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms	Website: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid and CHIP
Enrollment Website: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Phone: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711 Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711	Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa Phone: 1-800-862-4840 TTY: 711 Email: masspremassistance@accenture.com
MINNESOTA – Medicaid	MISSOURI – Medicaid
Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Phone: 1-800-657-3739	Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Phone: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Phone: 1-800-694-3084 Email: HSHIPPProgram@mt.gov	Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Phone: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Medicaid Website: http://dhcftp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900	Website: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Phone: 603-271-5218 Toll free number for the HIPP program: 1-800-852-3345, ext. 5218
NEW JERSEY – Medicaid and CHIP	NEW YORK – Medicaid
Medicaid Website: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Medicaid Phone: 609-631-2392 CHIP Website: http://www.njfamilycare.org/index.html CHIP Phone: 1-800-701-0710	Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Phone: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Phone: 919-855-4100	Website: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Phone: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid and CHIP	OREGON – Medicaid
Website: http://www.insureoklahoma.org Phone: 1-888-365-3742	Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA – Medicaid and CHIP	RHODE ISLAND – Medicaid and CHIP
Website: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Phone: 1-800-692-7462 CHIP Website: Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov) CHIP Phone: 1-800-986-KIDS (5437)	Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Phone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)
SOUTH CAROLINA – Medicaid	SOUTH DAKOTA – Medicaid
Website: https://www.scdhhs.gov Phone: 1-888-549-0820	Website: http://dss.sd.gov Phone: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid	UTAH – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Texas Health and Human Services Phone: 1-800-440-0493	Medicaid Website: https://medicaid.utah.gov/ CHIP Website: http://health.utah.gov/chip Phone: 1-877-543-7669
VERMONT – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Department of Vermont Health Access Phone: 1-800-250-8427	Website: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid/CHIP Phone: 1-800-432-5924
WASHINGTON – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid and CHIP
Website: https://www.hca.wa.gov/ Phone: 1-800-562-3022	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Medicaid Phone: 304-558-1700 CHIP Toll-free phone: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid and CHIP	WYOMING – Medicaid
Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Phone: 1-800-362-3002	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Phone: 1-800-251-1269

To see if any other states have added a premium assistance program since July 31, 2023, or for more information on special enrollment rights, contact either:

U.S. Department of Labor
 Employee Benefits Security Administration
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
 Centers for Medicare & Medicaid Services
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, Menu Option 4, Ext. 61565

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average approximately seven minutes per respondent. Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 or email ebsa.opr@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0137.

OMB Control Number 1210-0137 (expires 1/31/2026)

HIPAA NOTICE OF PRIVACY PRACTICES REMINDER

Protecting Your Health Information Privacy Rights

Vincit Group is committed to the privacy of your health information. The administrators of the Vincit Group plan (the “Plan”) use strict privacy standards to protect your health information from unauthorized use or disclosure.

The Plan’s policies protecting your privacy rights and your rights under the law are described in the Plan’s Notice of Privacy Practices. You may receive a copy of the Notice of Privacy Practices by contacting Human Resources.

HIPAA SPECIAL ENROLLMENT RIGHTS

Vincit Group Plan Notice of Your HIPAA Special Enrollment Rights

Our records show that you are eligible to participate in the Vincit Group plan (to actually participate, you must complete an enrollment form and pay part of the premium through payroll deduction).

A federal law called HIPAA requires that we notify you about an important provision in the plan - your right to enroll in the plan under its “special enrollment provision” if you acquire a new dependent, or if you decline coverage under this plan for yourself or an eligible dependent while other coverage is in effect and later lose that other coverage for certain qualifying reasons.

Loss of Other Coverage (Excluding Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program).

If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while other health insurance or group health plan coverage is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage (or if the employer stops contributing toward your or your dependents’ other coverage). However, you must request enrollment within 30 days after your or your dependents’ other coverage ends (or after the employer stops contributing toward the other coverage).

Loss of Coverage for Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program. If you decline enrollment for yourself or for an eligible dependent (including your spouse) while Medicaid coverage or coverage under a state children’s health insurance program is in effect, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan if you or your dependents lose eligibility for that other coverage. However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents’ coverage ends under Medicaid or a state children’s health insurance program.

New Dependent by Marriage, Birth, Adoption, or Placement for Adoption. If you have a new dependent as a result of marriage, birth, adoption, or placement for adoption, you may be able to enroll yourself and your new dependents. However, you must request enrollment within 30 days after the marriage, birth, adoption, or placement for adoption.

Eligibility for Premium Assistance Under Medicaid or a State Children’s Health Insurance Program – If you or your dependents (including your spouse) become eligible for a state premium assistance subsidy from Medicaid or through a state children’s health insurance program with respect to coverage under this plan, you may be able to enroll yourself and your dependents in this plan.

However, you must request enrollment within 60 days after your or your dependents' determination of eligibility for such assistance.

To request special enrollment or to obtain more information about the plan's special enrollment provisions, contact Rebecca Hulgán – Senior Director of HR & Compliance - 423.475.8904.

NOTICE OF CREDITABLE COVERAGE

Important Notice from Vincit Group

About Your Prescription Drug Coverage and Medicare

Please read this notice carefully and keep it where you can find it. This notice has information about your current prescription drug coverage with Vincit Group and about your options under Medicare's prescription drug coverage. This information can help you decide whether or not you want to join a Medicare drug plan. If you are considering joining, you should compare your current coverage, including which drugs are covered at what cost, with the coverage and costs of the plans offering Medicare prescription drug coverage in your area. Information about where you can get help to make decisions about your prescription drug coverage is at the end of this notice.

There are two important things you need to know about your current coverage and Medicare's prescription drug coverage:

- 1. Medicare prescription drug coverage became available in 2006 to everyone with Medicare. You can get this coverage if you join a Medicare Prescription Drug Plan or join a Medicare Advantage Plan (like an HMO or PPO) that offers prescription drug coverage. All Medicare drug plans provide at least a standard level of coverage set by Medicare. Some plans may also offer more coverage for a higher monthly premium.**
- 2. Vincit Group has determined that the prescription drug coverage offered by the medical plan is, on average for all plan participants, expected to pay out as much as standard Medicare prescription drug coverage pays and is therefore considered Creditable Coverage. Because your existing coverage is Creditable Coverage, you can keep this coverage and not pay a higher premium (a penalty) if you later decide to join a Medicare drug plan.**

When Can You Join a Medicare Drug Plan?

You can join a Medicare drug plan when you first become eligible for Medicare and each year from October 15th to December 7th.

However, if you lose your current creditable prescription drug coverage, through no fault of your own, you will also be eligible for a two (2) month Special Enrollment Period (SEP) to join a Medicare drug plan.

What Happens to Your Current Coverage if You Decide to Join a Medicare Drug Plan?

If you decide to join a Medicare drug plan, your current Vincit Group coverage will not be affected. For most persons covered under the Plan, the Plan will pay prescription drug benefits first, and Medicare will determine its payments second. For more information about this issue of what program pays first and what program pays second, see the Plan's summary plan description or contact Medicare at the telephone number or web address listed below.

If you do decide to join a Medicare drug plan and drop your current Vincit Group coverage, be aware that you and your dependents may not be able to get this coverage back.

When Will You Pay a Higher Premium (Penalty) to Join a Medicare Drug Plan?

You should also know that if you drop or lose your current coverage with Vincit Group and don't join a Medicare drug plan within 63 continuous days after your current coverage ends, you may pay a higher premium (a penalty) to join a Medicare drug plan later.

If you go 63 continuous days or longer without creditable prescription drug coverage, your monthly premium may go up by at least 1% of the Medicare base beneficiary premium per month for every month that you did not have that coverage. For example, if you go nineteen months without creditable coverage, your premium may consistently be at least 19% higher than the Medicare base beneficiary premium. You may have to pay this higher premium (a penalty) as long as you have Medicare prescription drug coverage. In addition, you may have to wait until the following October to join.

For More Information About This Notice or Your Current Prescription Drug Coverage...

Contact the person listed below for further information. **NOTE:** You'll get this notice each year. You will also get it before the next period you can join a Medicare drug plan, and if this coverage through Vincit Group changes. You also may request a copy of this notice at any time.

For More Information About Your Options Under Medicare Prescription Drug Coverage...

More detailed information about Medicare plans that offer prescription drug coverage is in the "Medicare & You" handbook. You'll get a copy of the handbook in the mail every year from Medicare. You may also be contacted directly by Medicare drug plans.

For more information about Medicare prescription drug coverage:

- Visit www.medicare.gov
- Call your State Health Insurance Assistance Program (see the inside back cover of your copy of the "Medicare & You" handbook for their telephone number) for personalized help
- Call 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.

If you have limited income and resources, extra help paying for Medicare prescription drug coverage is available. For information about this extra help, visit Social Security on the web at www.socialsecurity.gov, or call them at 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Remember: Keep this Creditable Coverage Notice. If you decide to join one of the Medicare drug plans, you may be required to provide a copy of this notice when you join to show whether or not you have maintained creditable coverage and, therefore, whether or not you are required to pay a higher premium (a penalty).

Date: January 1, 2024

Name of Entity/Sender: The Vincit Group

Contact—Position/Office: Rebecca Hulgán – Senior Director of HR & Compliance

Office Address: 412 Georgia Ave, Ste 300 Chattanooga TN 37403

Phone Number: 423.475.8904

COBRA GENERAL NOTICE

Model General Notice of COBRA Continuation Coverage Rights (For use by single-employer group health plans)

** Continuation Coverage Rights Under COBRA**

Introduction

You're getting this notice because you recently gained coverage under a group health plan (the Plan). This notice has important information about your right to COBRA continuation coverage, which is a temporary extension of coverage under the Plan. **This notice explains COBRA continuation coverage, when it may become available to you and your family, and what you need to do to protect your right to get it.** When you become eligible for COBRA, you may also become eligible for other coverage options that may cost less than COBRA continuation coverage.

The right to COBRA continuation coverage was created by a federal law, the Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985 (COBRA). COBRA continuation coverage can become available to you and other members of your family when group health coverage would otherwise end. For more information about your rights and obligations under the Plan and under federal law, you should review the Plan's Summary Plan Description or contact the Plan Administrator.

You may have other options available to you when you lose group health coverage. For example, you may be eligible to buy an individual plan through the Health Insurance Marketplace. By enrolling in coverage through the Marketplace, you may qualify for lower costs on your monthly premiums and lower out-of-pocket costs. Additionally, you may qualify for a 30-day special enrollment period for another group health plan for which you are eligible (such as a spouse's plan), even if that plan generally doesn't accept late enrollees.

What is COBRA continuation coverage?

COBRA continuation coverage is a continuation of Plan coverage when it would otherwise end because of a life event. This is also called a "qualifying event." Specific qualifying events are listed later in this notice. After a qualifying event, COBRA continuation coverage must be offered to each person who is a "qualified beneficiary." You, your spouse, and your dependent children could become qualified beneficiaries if coverage under the Plan is lost because of the qualifying event. Under the Plan, qualified beneficiaries who elect COBRA continuation coverage must pay for COBRA continuation coverage.

If you're an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your hours of employment are reduced, or
- Your employment ends for any reason other than your gross misconduct.

If you're the spouse of an employee, you'll become a qualified beneficiary if you lose your coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- Your spouse dies;
- Your spouse's hours of employment are reduced;
- Your spouse's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- Your spouse becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); or
- You become divorced or legally separated from your spouse.

Your dependent children will become qualified beneficiaries if they lose coverage under the Plan because of the following qualifying events:

- The parent-employee dies;
- The parent-employee's hours of employment are reduced;
- The parent-employee's employment ends for any reason other than his or her gross misconduct;
- The parent-employee becomes entitled to Medicare benefits (Part A, Part B, or both);
- The parents become divorced or legally separated; or
- The child stops being eligible for coverage under the Plan as a "dependent child."

When is COBRA continuation coverage available?

The Plan will offer COBRA continuation coverage to qualified beneficiaries only after the Plan Administrator has been notified that a qualifying event has occurred. The employer must notify the Plan Administrator of the following qualifying events:

- The end of employment or reduction of hours of employment;
- Death of the employee;
- The employee's becoming entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both).

For all other qualifying events (divorce or legal separation of the employee and spouse or a dependent child's losing eligibility for coverage as a dependent child), you must notify the Plan Administrator within 60 days after the qualifying event occurs. You must provide this notice to: Rebecca Hulgán – Senior Director of HR & Compliance. Any notice you provide must state the name of the plan or plans under which you lost or are losing coverage, the name and address of the employee covered under the plan, the name(s) and address(es) of the qualified beneficiary(ies), and the qualifying event and the date it happened. The Plan Administrator will direct you to provide the appropriate documentation to show proof of the event.

How is COBRA continuation coverage provided?

Once the Plan Administrator receives notice that a qualifying event has occurred, COBRA continuation coverage will be offered to each of the qualified beneficiaries. Each qualified beneficiary will have an independent right to elect COBRA continuation coverage. Covered employees may elect COBRA continuation coverage on behalf of their spouses, and parents may elect COBRA continuation coverage on behalf of their children.

COBRA continuation coverage is a temporary continuation of coverage that generally lasts for 18 months due to employment termination or reduction of hours of work. Certain qualifying events, or a

second qualifying event during the initial period of coverage, may permit a beneficiary to receive a maximum of 36 months of coverage.

There are also ways in which this 18-month period of COBRA continuation coverage can be extended:

Disability extension of 18-month period of COBRA continuation coverage

If you or anyone in your family covered under the Plan is determined by Social Security to be disabled and you notify the Plan Administrator in a timely fashion, you and your entire family may be entitled to get up to an additional 11 months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 29 months. The disability would have to have started at some time before the 60th day of COBRA continuation coverage and must last at least until the end of the 18-month period of COBRA continuation coverage.

Second qualifying event extension of 18-month period of continuation coverage

If your family experiences another qualifying event during the 18 months of COBRA continuation coverage, the spouse and dependent children in your family can get up to 18 additional months of COBRA continuation coverage, for a maximum of 36 months, if the Plan is properly notified about the second qualifying event. This extension may be available to the spouse and any dependent children getting COBRA continuation coverage if the employee or former employee dies; becomes entitled to Medicare benefits (under Part A, Part B, or both); gets divorced or legally separated; or if the dependent child stops being eligible under the Plan as a dependent child. This extension is only available if the second qualifying event would have caused the spouse or dependent child to lose coverage under the Plan had the first qualifying event not occurred.

Are there other coverage options besides COBRA Continuation Coverage?

Yes. Instead of enrolling in COBRA continuation coverage, there may be other coverage options for you and your family through the Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, [Children's Health Insurance Program \(CHIP\)](#), or other group health plan coverage options (such as a spouse's plan) through what is called a "special enrollment period." Some of these options may cost less than COBRA continuation coverage. You can learn more about many of these options at www.healthcare.gov/.

Can I enroll in Medicare instead of COBRA continuation coverage after my group health plan coverage ends?

In general, if you don't enroll in Medicare Part A or B when you are first eligible because you are still employed, after the Medicare initial enrollment period, you have an 8-month special enrollment period¹ to sign up for Medicare Part A or B, beginning on the earlier of

- The month after your employment ends; or
- The month after group health plan coverage based on current employment ends.

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

If you don't enroll in Medicare and elect COBRA continuation coverage instead, you may have to pay a Part B late enrollment penalty and you may have a gap in coverage if you decide you want Part B later. If you elect COBRA continuation coverage and later enroll in Medicare Part A or B before the COBRA continuation coverage ends, the Plan may terminate your continuation coverage. However, if Medicare Part A or B is effective on or before the date of the COBRA election, COBRA coverage may not be discontinued on account of Medicare entitlement, even if you enroll in the other part of Medicare after the date of the election of COBRA coverage.

If you are enrolled in both COBRA continuation coverage and Medicare, Medicare will generally pay first (primary payer) and COBRA continuation coverage will pay second. Certain plans may pay as if secondary to Medicare, even if you are not enrolled in Medicare.

For more information visit <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

If you have questions

Questions concerning your Plan or your COBRA continuation coverage rights should be addressed to the contact or contacts identified below. For more information about your rights under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), including COBRA, the Patient Protection and Affordable Care Act, and other laws affecting group health plans, contact the nearest Regional or District Office of the U.S. Department of Labor's Employee Benefits Security Administration (EBSA) in your area or visit www.dol.gov/ebsa. (Addresses and phone numbers of Regional and District EBSA Offices are available through EBSA's website.) For more information about the Marketplace, visit www.healthcare.gov.

Keep your Plan informed of address changes

To protect your family's rights, let the Plan Administrator know about any changes in the addresses of family members. You should also keep a copy, for your records, of any notices you send to the Plan Administrator.

Plan contact information:

Rebecca Hulgán – Senior Director of HR & Compliance

412 Georgia Ave Ste 300 Chattanooga TN 37403

423.475.8904

MARKETPLACE NOTICE

New Health Insurance Marketplace Coverage Options and Your Health Coverage

PART A: General Information

When key parts of the health care law take effect in 2014, there will be a new way to buy health insurance: the Health Insurance Marketplace. To assist you as you evaluate options for you and your family, this notice provides some basic information about the new Marketplace and employment-based health coverage offered by your employer.

What is the Health Insurance Marketplace?

The Marketplace is designed to help you find health insurance that meets your needs and fits your budget. The Marketplace offers "one-stop shopping" to find and compare private health insurance options. You may also be eligible for a new kind of tax credit that lowers your monthly premium right away. Open enrollment for health insurance coverage through the Marketplace begins in October 2013 for coverage starting as early as January 1, 2014.

Can I Save Money on my Health Insurance Premiums in the Marketplace?

You may qualify to save money and lower your monthly premium, but only if your employer does not offer coverage, or offers coverage that doesn't meet certain standards. The savings on your premium that you're eligible for depends on your household income.

Does Employer Health Coverage Affect Eligibility for Premium Savings through the Marketplace?

Yes. If you have an offer of health coverage from your employer that meets certain standards, you will not be eligible for a tax credit through the Marketplace and may wish to enroll in your employer's health plan. However, you may be eligible for a tax credit that lowers your monthly premium, or a reduction in certain cost-sharing if your employer does not offer coverage to you at all or does not offer coverage that meets certain standards. If the cost of a plan from your employer that would cover you (and not any other members of your family) is more than 9.5% of your household income for the year, or if the coverage your employer provides does not meet the "minimum value" standard set by the Affordable Care Act, you may be eligible for a tax credit.²

Note: If you purchase a health plan through the Marketplace instead of accepting health coverage offered by your employer, then you may lose the employer contribution (if any) to the employer-offered coverage. Also, this employer contribution -as well as your employee contribution to employer-offered coverage- is often excluded from income for Federal and State income tax purposes. Your payments for coverage through the Marketplace are made on an after- tax basis.

² An employer-sponsored health plan meets the "minimum value standard" if the plan's share of the total allowed benefit costs covered by the plan is no less than 60 percent of such costs.

How Can I Get More Information?

For more information about your coverage offered by your employer, please check your summary plan description or contact The Vincit Group Human Resources Department.

The Marketplace can help you evaluate your coverage options, including your eligibility for coverage through the Marketplace and its cost. Please visit [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) for more information, including an online application for health insurance coverage and contact information for a Health Insurance Marketplace in your area.

PART B: Information About Health Coverage Offered by Your Employer

This section contains information about any health coverage offered by your employer. If you decide to complete an application for coverage in the Marketplace, you will be asked to provide this information. This information is numbered to correspond to the Marketplace application.

3. Employer name The Vincit Group		4. Employer Identification Number (EIN) 62-1723130	
5. Employer address 412 Georgia Ave, Suite 300		6. Employer phone number (423) 771-4966	
7. City Chattanooga	8. State TN	9. ZIP code 37403	
10. Who can we contact about employee health coverage at this job? Candace Wiley			
11. Phone number (if different from above)		12. Email address Candace.wiley@vincitgroup.com	

Here is some basic information about health coverage offered by this employer:

•As your employer, we offer a health plan to:

All employees. Eligible employees are: Full-time working 30 hours per week

Some employees. Eligible employees are:

•With respect to dependents:

We do offer coverage. Eligible dependents are:

Your legally married spouse, your biological children, stepchildren, adopted children or children for whom you have legal custody. Disabled children age 26 or older who are physically or mentally unable to care for themselves.

We do not offer coverage.

x If checked, this coverage meets the minimum value standard, and the cost of this coverage to you is intended to be affordable, based on employee wages.

** Even if your employer intends your coverage to be affordable, you may still be eligible for a premium discount through the Marketplace. The Marketplace will use your household income, along with other factors, to determine whether you may be eligible for a premium discount. If, for example, your wages vary from week to week (perhaps you are an hourly employee or you work on a commission basis), if you are newly employed mid-year, or if you have other income losses, you may still qualify for a premium discount.

If you decide to shop for coverage in the Marketplace, HealthCare.gov will guide you through the process. Here's the employer information you'll enter when you visit HealthCare.gov to find out if you can get a tax credit to lower your monthly premiums.

Disclaimer

The amount the plan pays for covered services provided by non-network providers is based on a maximum allowable amount for the specific service rendered. Although your plan stipulates an out-of-pocket maximum for out-of-network services, please note the maximum allowed amount for an eligible procedure may not be equal to the amount charged by your out-of-network provider. Your out-of-network provider may bill you for the difference between the amount charged and the maximum allowed amount. This is called balance billing and the amount billed to you can be substantial. The out-of-pocket maximum outlined in your policy will not include amounts in excess of the allowable charge and other non-covered expenses as defined by your plan. The maximum reimbursable amount for non-network providers can be based on a number of schedules such as a percentage of reasonable and customary or a percentage of Medicare. The plan document or carrier's master policy is the controlling document, and this Benefit Highlight does not include all of the terms, coverage, exclusions, limitations, and conditions of the actual plan language. Contact your claims payer or insurer for more information.

This document is an outline of the coverage proposed by the carrier(s), based on information provided by your company. It does not include all of the terms, coverage, exclusions, limitations, and conditions of the actual contract language. The policies and contracts themselves must be read for those details. Policy forms for your reference will be made available upon request.

The intent of this document is to provide you with general information regarding the status of, and/or potential concerns related to, your current employee benefits environment. It does not necessarily fully address all of your specific issues. It should not be construed as, nor is it intended to provide, legal advice. Questions regarding specific issues should be addressed by your general counsel or an attorney who specializes in this practice area.



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

SUMMARY ANNUAL REPORT

For VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES EMPLOYEE BENEFITS PLAN

This is a summary of the annual report of the VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES EMPLOYEE BENEFITS PLAN, EIN 62-1723130, Plan No. 501, for period 01/01/2022 through 12/31/2022. The annual report has been filed with the Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, as required under the Employee Retirement Income Security Act of 1974 (ERISA).

VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES has committed itself to pay certain self-insured Medical claims incurred under the terms of the plan.

Insurance Information

The plan has contracts with SYMETRA LIFE INSURANCE COMPANY, UNUM LIFE INSURANCE COMPANY OF AMERICA, and STANDARD INSURANCE COMPANY to pay Medical, Dental, Vision, Life Insurance, Short-term Disability, Long-term Disability, Accidental Death and Dismemberment, Employee Assistance Program, Accident, and Critical Illness claims incurred under the terms of the plan. The total premiums paid for the plan year ending 12/31/2022 were \$1,389,900.

Because they are so called "experience-rated" contracts, the premium costs are affected by, among other things, the number and size of claims. Of the total insurance premiums paid for the plan year ending 12/31/2022, the premiums paid under such "experience-rated" contracts were \$520,932 and the total of all benefit claims paid under these contracts during the plan year was \$304,023.

Your Rights To Additional Information

You have the right to receive a copy of the full annual report, or any part thereof, on request. The items listed below are included in that report:

- insurance information, including sales commissions paid by insurance carriers;

To obtain a copy of the full annual report, or any part thereof, write or call the office of VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES at 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403 or by telephone at 423-702-7763.

You also have the legally protected right to examine the annual report at the main office of the plan (VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES, 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403) and at the U.S. Department of Labor in Washington, D.C., or to obtain a copy from the U.S. Department of Labor upon payment of copying costs. Requests to the Department should be addressed to: Public Disclosure Room, Room N1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Paperwork Reduction Act Statement

According to the Paperwork Reduction Act of 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid Office of Management and Budget (OMB) control number. The Department notes that a Federal agency cannot conduct or sponsor a collection of information unless it is approved by OMB under the PRA, and displays a currently valid OMB control number, and the public is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3507. Also, notwithstanding any other provisions of law, no person shall be subject to penalty for failing to comply with a collection of information if the collection of information does not display a currently valid OMB control number. See 44 U.S.C. 3512.

The public reporting burden for this collection of information is estimated to average less than one minute per notice (approximately 3 hours and 11 minutes per plan). Interested parties are encouraged to send comments regarding the burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden, to the U.S. Department of Labor, Office of the Chief Information Officer, Attention: Departmental Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210 or email DOL_PRA_PUBLIC@dol.gov and reference the OMB Control Number 1210-0040.

OMB Control Number 1210-0040 (expires 07/31/2023)



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting



Avisos y divulgaciones de la inscripción anual de 2024

Vincit Group
1 de enero de 2024

Arthur J. Gallagher & Co.
www.ajg.com

Índice

Avisos y divulgaciones legales	Página
AVISO SOBRE LAS PROTECCIONES DE LOS PACIENTES	3
LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (<i>WOMEN'S HEALTH & CANCER RIGHTS ACT</i>)	3
LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS (<i>NEWBORNS' AND MOTHERS' HEALTH PROTECTION ACT</i>)	3
ASISTENCIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE COBERTURA MÉDICA PARA NIÑOS (CHIP)	4
RECORDATORIO DEL AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD EN VIRTUD DE LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y MOVILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)	8
DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL EN VIRTUD DE LA HIPAA	8
AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE	9
AVISO GENERAL DE COBRA	12
AVISO DEL MERCADO	17

Si usted (o sus dependientes) tiene Medicare o califica para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte el Aviso de cobertura acreditable a partir de la página 8.

AVISO SOBRE LAS PROTECCIONES DE LOS PACIENTES

El plan de The Vincit Group suele permitir la designación de un médico de cabecera. Usted tiene derecho a designar a cualquier médico de cabecera que trabaje en nuestra red y tenga disponibilidad para atenderlo tanto a usted como a sus familiares. En el caso de los hijos, puede designar a un pediatra como médico de cabecera.

No necesita autorización previa del plan ni de ninguna otra persona (ni siquiera de un médico de cabecera) para obtener acceso a la atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red que se especialice en dichas áreas. No obstante, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, lo que incluye obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o cumplir los procedimientos para realizar derivaciones. Para obtener una lista de los profesionales de la salud dentro de nuestra red que se especializan en obstetricia o ginecología, comuníquese con BlueCross BlueShield of Tennessee al 800-565-9140.

LEY DE DERECHOS SOBRE LA SALUD Y EL CÁNCER DE LA MUJER (*WOMEN'S HEALTH & CANCER RIGHTS ACT*)

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera en que se determine en la consulta entre el médico y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- La cirugía y la reconstrucción de la otra mama para lograr un aspecto simétrico;
- Las prótesis; y
- El tratamiento para las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a las mismas franquicias y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos por el plan. Si quiere obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su Administrador del Plan al 423-475-8904.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LAS MADRES Y LOS RECIÉN NACIDOS (*NEWBORNS' AND MOTHERS' HEALTH PROTECTION ACT*)

Por lo general, los emisores de los planes de cobertura médica colectivos y los seguros de cobertura médica no podrán, según la ley federal, restringir los beneficios correspondientes a la duración de la internación hospitalaria en relación con el parto, ya sea para la madre o para el niño recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de una cesárea. No obstante, la ley federal no suele prohibirle al proveedor que atiende a la madre o al recién nacido que, luego de consultar con la madre, les dé de alta a ella o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). Cualquiera sea el caso, los planes y las aseguradoras no podrán, conforme a la ley federal, exigirle a un proveedor que obtenga la autorización del plan o de la aseguradora para ordenar una internación que no supere las 48 (o 96) horas.

ASISTENCIA PARA EL PAGO DE LAS PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO DE COBERTURA MÉDICA PARA NIÑOS (CHIP)

Si usted o sus hijos califican para Medicaid o CHIP y usted califica para una cobertura de salud de su empleador, su estado podría tener un programa de asistencia que podría ayudarlo a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no califican para Medicaid ni CHIP, usted no calificará para estos programas de asistencia para el pago primas, pero podría comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y vive en uno de los estados que figuran a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP que le corresponda por su estado para averiguar si hay ayuda disponible para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid ni CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían calificar para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitar estos beneficios. Si califica, consulte si existe un programa estatal que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes califican para recibir asistencia con el pago de las primas conforme a Medicaid o CHIP, y también califican para dicha asistencia conforme al plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan si aún no lo ha hecho. Esto se conoce como una oportunidad de «inscripción especial», y **debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días luego de haber calificado para recibir asistencia para el pago de la prima**. Si tiene preguntas sobre la inscripción al plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo a través de www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, podría calificar para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de julio de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la calificación.

<p>ALABAMA: Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447</p>	<p>ALASKA: Medicaid</p> <p>El programa de pago de Alaska para las primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPPI.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</p>
<p>ARKANSAS: Medicaid</p> <p>Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>CALIFORNIA: Medicaid</p> <p>Programa de pago de primas del seguro médico (<i>Health Insurance Premium Payment [HIPP] Program</i>) Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov</p>
<p>COLORADO: Health First Colorado (programa de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</p> <p>Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/ Centro de atención para los miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943 Retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 Retransmisor del estado: 711 Programa de seguros de salud con opción de ampliación (HIBI, <i>Health Insurance Buy-In Program</i>): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>FLORIDA: Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.flmedicaidptprecovery.com/flmedicaidptprecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268</p>

GEORGIA: Medicaid	INDIANA: Medicaid
<p>Sitio web de HIPP GA: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presiona 1 Sitio web de CHIPRA de Georgia: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: (678) 564-1162, presiona 2</p>	<p>Plan Healthy Indiana para adultos de 19 a 64 años con bajos ingresos Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 Todos los demás planes de Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ Teléfono: 1-800-457-4584</p>
IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS: Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366 Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563 Sitio web de HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Teléfono de HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/ Teléfono: 1-800-792-4884 Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
KENTUCKY: Medicaid	LOUISIANA: Medicaid
<p>Sitio web del Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud Integrados de Kentucky (KI-HIPP): https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/agencies/dms</p>	<p>Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE: Medicaid	MASSACHUSETTS: Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Retransmisor de Maine 711 Sitio web de la Prima del seguro médico privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Retransmisor de Maine 711</p>	<p>Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711 Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com</p>
MINNESOTA: Medicaid	MISSOURI: Medicaid
<p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA: Medicaid	NEBRASKA: Medicaid
<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084 Correo electrónico: HHSHIPPPProgram@mt.gov</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178</p>

NEVADA: Medicaid	NEW HAMPSHIRE: Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfnv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, extensión: 5218
NEW JERSEY: Medicaid y CHIP	NEW YORK: Medicaid
Sitio web Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
NORTH CAROLINA: Medicaid	NORTH DAKOTA: Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA: Medicaid y CHIP	OREGON: Medicaid
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-800-699-9075
PENNSYLVANIA: Medicaid y CHIP	RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) (pa.gov) Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Línea directa RIte Share)
SOUTH CAROLINA: Medicaid	SOUTH DAKOTA: Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS: Medicaid	UTAH: Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de pago de primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment [HIPP] Program) Salud y servicios humanos de Texas Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT: Medicaid	VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: Programa de pago de primas del seguro médico (Health Insurance Premium Payment [HIPP] Program) Acceso a la Salud del Departamento de Vermont (Department of Vermont Health Access) Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs Teléfono de Medicaid o CHIP: 1-800-432-5924
WASHINGTON: Medicaid	WEST VIRGINIA: Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Línea gratuita de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP	WYOMING: Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si algún otro estado ha añadido un programa de asistencia con las primas desde el 31 de julio de 2023, o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE. UU.
 Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
 Centros para los servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
 1-877-267-2323, opción 4 del menú, extensión: 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. pública 104-13) (PRA, *Paperwork Reduction Act*), ninguna persona está obligada a responder una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, *Office of Management and Budget*). El Departamento señala 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, que dicha recopilación tenga un número de control actualmente válido de la OMB y que el público no tenga la obligación de responder una recopilación de información, salvo que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C., *United States Code*), artículo 3507. Asimismo, 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 el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C., *United States Code*), artículo 3512.

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es de un promedio aproximado de siete minutos por persona. Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir este tiempo, al Departamento de Trabajo de EE. UU., la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados o la Oficina de Política e Investigación Contacto: Oficial de autorización de la PRA, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210 o que envíen un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y mencionen el número de control OMB 1210-0137.

Número de control OMB 1210-0137 (vence el 31/01/2026)

RECORDATORIO DEL AVISO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD EN VIRTUD DE LA LEY DE RESPONSABILIDAD Y MOVILIDAD DEL SEGURO DE SALUD (HIPAA)

Proteger su derecho a la privacidad en cuanto a su información médica

Vincit Group está comprometido con la privacidad de su información médica. Los administradores del plan de Vincit Group (el «Plan») usan estándares de privacidad estrictos para proteger su información de salud de cualquier uso no autorizado o divulgación.

Las políticas del Plan que protegen su derecho a la privacidad y sus derechos en virtud de la ley están descritas en el Aviso sobre las prácticas de privacidad del Plan. Comuníquese con Recursos Humanos para recibir una copia del Aviso sobre las prácticas de privacidad.

DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL EN VIRTUD DE LA HIPAA

Aviso del Plan de Vincit Group sobre sus derechos de inscripción especial en virtud de la HIPAA

Nuestros registros muestran que califica para inscribirse en el plan de Vincit Group (para inscribirse, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima a través de una deducción de su nómina).

Una ley federal llamada HIPAA exige que le notifiquemos sobre una cláusula importante en el plan: su derecho a inscribirse en el plan bajo la «cláusula de inscripción especial» si adquiere un nuevo dependiente o si rechaza la cobertura de este plan para usted mismo o un dependiente calificado mientras otra cobertura está en efecto y luego pierde dicha cobertura por ciertos motivos calificados.

Pérdida de otra cobertura (lo que excluye a Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños). Si rechaza su inscripción o la de un dependiente calificado (lo que incluye a su cónyuge) porque cuenta con la cobertura de otro seguro de salud o de un plan de salud colectivo, podrá inscribirse a usted mismo y sus dependientes en este plan si sus dependientes ya no califican para la otra cobertura (o si el empleador deja de aportar para su cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción hasta 30 días después de que finalice su cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de hacer aportes para la otra cobertura).

Pérdida de cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños. Si rechaza su inscripción o la de un dependiente calificado (lo que incluye a su cónyuge) porque cuenta con la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico para niños, podrá inscribirse a usted mismo y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes ya no califican para dichas coberturas. Sin embargo, debe solicitar su inscripción hasta 60 días después de que su cobertura o la de sus dependientes brindada por Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños termine.

Nuevos dependientes por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación familiar. Si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para la adopción, puede inscribirse a usted mismo y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar su inscripción hasta 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para la adopción.

Calificación para asistencia para el pago de la prima de Medicaid o un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños: Si usted o sus dependientes (lo que incluye a su cónyuge) califican para un subsidio para el pago de la prima de Medicaid o de un programa estatal de seguro de cobertura médica para niños en relación con la cobertura de este plan, podrá inscribirse a usted mismo y sus dependientes en este plan. Sin embargo, debe solicitar su inscripción hasta 60 días después de que usted o sus dependientes hayan calificado para dicha asistencia.

Para solicitar una inscripción especial o para obtener más información sobre las cláusulas de inscripción especial del plan, comuníquese con Rebecca Hulkan, directora superior de RR. HH. y Cumplimiento al 423-475-8904.

AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE

Aviso importante de Vincit Group sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso atentamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Vincit Group y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debería comparar su cobertura actual (por ejemplo, cuáles son los medicamentos que están cubiertos y a qué costo) con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen una cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final del aviso, encontrará información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto de la cobertura de sus medicamentos recetados.

Existen dos aspectos importantes que debe saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. A partir de 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se puso a disposición de todos sus socios. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o en un Plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan por lo menos el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer una cobertura más amplia por una prima mensual más alta.

2. Vincit Group ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan de cobertura médica cubra, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se la considera una cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es una cobertura acreditable, puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando califique para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual por causas ajenas a su voluntad, también calificará para un período de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucederá con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual de Vincit Group no se verá afectada. Para la mayoría de las personas cubiertas por el Plan, el Plan pagará los beneficios de los medicamentos recetados primero y Medicare determinará su pago luego. Para saber cuál programa paga primero y cuál paga después, consulte el resumen de la descripción del plan o comuníquese con Medicare al número de teléfono o el sitio web que se detallan a continuación.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y da de baja su cobertura actual de Vincit Group, tenga en cuenta que es posible que usted y sus familiares dependientes no recuperen esta cobertura.

¿En qué casos deberá abonar una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que, si da de baja o pierde su cobertura actual con Vincit Group y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días subsiguientes a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (una multa) para poder inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si durante 63 días seguidos o más usted no tiene una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual podrá aumentar al menos un 1 % de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa 19 meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su actual cobertura de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que aparece a continuación. **NOTA:** Recibirá este aviso todos los años. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Vincit Group cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para conocer más sobre sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual *Medicare y usted*. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. También es posible que los encargados de los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

Para obtener más información sobre su cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov
- Comuníquese con el Programa de Asistencia del Seguro de Salud Estatal (busque en la contraportada del interior de su copia del manual «Medicare y usted» para obtener el número de teléfono) y obtenga ayuda personalizada.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si sus ingresos y recursos son limitados, puede obtener ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para conocer más sobre esta ayuda adicional, visite la página web del Seguro Social www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite una copia de este aviso al inscribirse para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una prima más alta (una multa).

Fecha: 1 de enero de 2024

Nombre de la entidad/Remitente: Vincit Group

Contacto-Cargo/Oficina: Rebecca Hulgán, directora sénior de RR. HH. y Cumplimiento

Dirección de la oficina: 412 Georgia Ave, Chattanooga TN 37403

Número de teléfono: 423-475-8904

AVISO GENERAL DE COBRA

Modelo de aviso general de derechos de cobertura de continuación de COBRA (Para uso de planes de cobertura médica colectivos de un empleador único)

****Derechos de cobertura de continuación en virtud de COBRA****

Introducción

Usted está recibiendo este aviso porque recientemente accedió a la cobertura de un plan de salud colectivo (el Plan). Este aviso contiene información importante sobre su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, una prolongación temporaria de la cobertura de su Plan. **Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo usted y su grupo familiar pueden disponer de ella, y qué debe hacer para proteger su derecho a dicha continuación.** Si califica para COBRA, quizás también califique para otras opciones de cobertura más económicas.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA se creó por ley federal, la Ley Ómnibus Consolidada de Reconciliación Presupuestaria (COBRA, *Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act*) de 1985. Usted y otros miembros de su grupo familiar pueden disponer de la cobertura de continuación de COBRA cuando la cobertura del plan de salud colectivo termine. Si quiere obtener más información sobre sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y de las leyes federales, consulte la Descripción resumida del plan o comuníquese con el Administrador del plan.

Podría tener otras opciones disponibles al perder la cobertura del plan de salud colectivo. Por ejemplo, podría calificar para comprar un plan individual a través del Mercado de seguros de salud. Si adquiere una cobertura a través del Mercado, quizás califique para acceder a primas mensuales más bajas y desembolsos menores. Además, quizás pueda acceder a un período de inscripción especial de 30 días para otro plan salud colectivo para el cual califique (como un plan de cónyuge) aun si, en general, ese plan no acepta inscriptos fuera de plazo.

¿Qué es la cobertura de continuación de COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una prolongación de la cobertura del Plan que, de lo contrario, finalizaría por un evento de vida. Este evento también se denomina «evento calificado». Los eventos calificados están enumerados más adelante en este aviso. Tras un evento calificado, a cada «beneficiario calificado» se le ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si pierden la cobertura del plan a causa del acontecimiento aplicables. En virtud del Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deberán pagarla.

Si usted es empleado, pasará a ser beneficiario calificado si pierde su cobertura del plan por los siguientes acontecimientos aplicables:

- Reducción de su horario laboral.
- Terminación de su empleo por un motivo que no sea una conducta grave.

Si usted es cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario calificado en caso de perder su cobertura del plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Deceso de su cónyuge.
- Reducción del horario laboral de su cónyuge.
- Terminación del empleo de su cónyuge por un motivo que no sea una conducta grave.
- Su cónyuge califica para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Divorcio o separación legal de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden su cobertura del plan a causa de los siguientes eventos calificados:

- Deceso del padre empleado.
- Reducción del horario laboral del padre empleado.
- Terminación del empleo del padre empleado por un motivo que no sea una conducta grave.
- El padre empleado califica para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).
- Divorcio o separación legal de los padres.
- El hijo deja de calificar para la cobertura del Plan como «hijo dependiente».

¿Cuándo se puede disponer de la cobertura de continuación de COBRA?

El Plan ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a los beneficiarios calificados solo después de que se haya notificado al Administrador del plan que ocurrió un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del plan los siguientes eventos calificados:

- Terminación de empleo o reducción del horario laboral.
- Deceso del empleado.
- El empleado califica para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas).

Respecto de todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge, o la pérdida de calificación del hijo dependiente para recibir la cobertura como hijo dependiente), debe notificárselos al Administrador del plan dentro de los 60 días a partir del evento calificado. Deberá notificar sobre el evento calificado a: Rebecca Hulkan, directora sénior de RR. HH. y Cumplimiento. Los avisos que proporcione deben incluir el nombre del plan (o los planes) cuya cobertura perdió o está perdiendo, el nombre y la dirección del empleado cubierto por el plan, los nombres y las direcciones de los beneficiarios calificados, el evento calificado y la fecha del evento. El administrador del plan se dirigirá a usted para brindarle la documentación adecuada que compruebe el evento.

¿Cómo se brinda la cobertura de continuación de COBRA?

Cuando se notifica al administrador del plan sobre el evento calificado, se le ofrecerá la cobertura de continuación COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado gozará de manera independiente del derecho a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir esta cobertura de continuación en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una prolongación temporaria debido a la terminación del empleo o a la reducción del horario laboral y, en general, dura 18 meses. Algunos eventos calificados o un segundo evento calificado durante el período de cobertura inicial pueden otorgarle al beneficiario el derecho a recibir hasta 36 meses de cobertura.

También hay maneras en que este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA pueda extenderse:

Prolongación del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA por discapacidad

Si el Seguro Social determina que usted o un miembro de su familia cubierto por el plan sufren una discapacidad y usted notifica al administrador del plan oportunamente, usted y todo su grupo familiar podrán gestionar 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, hasta un máximo de 29 meses. La discapacidad debería haber comenzado en algún momento antes del día 60 de cobertura de continuación de COBRA y deberá durar, como mínimo, hasta que finalice el período de 18 meses de esta cobertura de continuación.

Prolongación del período de 18 meses de la cobertura de continuación por un segundo acontecimiento calificado

Si durante los 18 meses de cobertura de continuación de COBRA ocurre otro evento calificado en su familia, su cónyuge y sus hijos dependientes pueden acceder hasta a 18 meses más de cobertura de continuación, hasta 36 meses como máximo, si usted le avisa de manera apropiada al Plan que ocurrió un segundo evento calificado. Esta prolongación puede estar a disposición del cónyuge y de cualquier hijo dependiente que reciba una cobertura de continuación de COBRA si el empleado o el ex empleado fallece; accede a beneficios de Medicare (de la parte A, la parte B o ambas); se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de calificar para el Plan como hijo dependiente. Se podrá disponer de esta extensión solo si el segundo evento calificado le hubiera hecho perder la cobertura del Plan al cónyuge o al hijo dependiente si el primer evento calificado no hubiera ocurrido.

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

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, usted y su grupo familiar podrían tener otras opciones de cobertura a través del Mercado de seguro de salud, Medicare, Medicaid, el [Programa de Seguro Médico para Niños \(CHIP\)](#) u otras opciones de planes de cobertura médica colectivos (como un plan de cónyuge) a través de lo que se llama un «período de inscripción especial». Algunas de estas opciones podrían ser más económicas que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre estas opciones, visite www.healthcare.gov/.

¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de optar por la cobertura de continuación de COBRA cuando finalice la cobertura de mi plan colectivo?

En general, si no se inscribe en la parte A o B de Medicare la primera vez que califique porque su relación laboral está vigente, después del período de inscripción inicial, tiene un período¹ de inscripción especial de 8 meses para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comenzará:

- El mes posterior a la terminación del empleo; o
- El mes posterior a la finalización de la cobertura del plan de cobertura médica colectivo basado en el empleo actual, lo que ocurra primero.

Si no se inscribe en Medicare y, en su lugar, elige la cobertura de continuación de COBRA, quizás deba pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B, y quizás haya una interrupción de la cobertura si se decide por la parte B más adelante. Si elige la cobertura de continuación de COBRA y más adelante se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que finalice la cobertura de continuación de COBRA, el Plan puede dar por finalizada la cobertura de continuación. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigencia el día que elige COBRA, o antes, es posible que la cobertura de COBRA no se interrumpa por tener derecho a Medicare, aunque se inscriba en la otra parte de Medicare después de la fecha en que eligió la cobertura de COBRA.

Si se inscribió en la cobertura de continuación de COBRA y en Medicare, en general, Medicare pagará primero (pagador primario) y la cobertura de continuación de COBRA pagará después. Aunque usted no esté inscrito en Medicare, algunos planes quizás paguen como secundarios de Medicare.

Para obtener más información, visite <https://www.medicare.gov/medicare-and-you>.

¿Tiene preguntas?

Cualquier pregunta sobre su plan o sobre sus derechos a la cobertura de continuación de COBRA debe dirigirse al contacto o a los contactos que figuran a continuación. Para saber más sobre sus derechos según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), lo que incluye COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio, y otras leyes que afecten los planes de salud colectivo, comuníquese con la oficina regional o de distrito más cercana de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA, *Employee Benefits Security Administration*) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de su área o visite www.dol.gov/ebsa. (Las direcciones y los teléfonos de las oficinas EBSA regionales y de distrito están publicados en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.healthcare.gov.

¹ <https://www.medicare.gov/sign-up-change-plans/how-do-i-get-parts-a-b/part-a-part-b-sign-up-periods>.

Recuerde informar al plan si cambia de dirección.

Para proteger los derechos de su grupo familiar, infórmele al administrador de su plan cualquier cambio de dirección de sus familiares. Además, para su control, conserve una copia de todos los avisos que le envíe al administrador del plan.

Información de contacto del plan:

Rebecca Hulgán, directora sénior de RR. HH. y Cumplimiento
412 Georgia Ave, Chattanooga TN 37403
423-475-8904

AVISO DEL MERCADO

Nuevas opciones de cobertura del mercado de seguros médicos y su cobertura de salud

PARTE A: Información general

Cuando las partes principales de la Ley de Atención Médica entraron en vigencia en 2014, se generó una nueva manera de comprar seguros de cobertura médica: el Mercado de seguros de salud. Para ayudarlo en el momento de evaluar opciones para usted y su grupo familiar, este aviso brinda información esencial sobre el nuevo Mercado y la cobertura médica que le ofrece su empleador según su empleo.

¿Qué es el Mercado de seguro de salud?

El objetivo del Mercado es ayudarlo a encontrar el seguro médico que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Mercado representa un «punto único de compra» para encontrar y comparar opciones de seguro médico privado. Además, es posible que califique para un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato. El período de inscripción abierta para obtener seguros de cobertura médica a través del Mercado comienza en octubre de 2013 para las coberturas que entren en vigencia a partir del 1 de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguros de cobertura médica con el Mercado?

Puede calificar para ahorrar dinero y bajar su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, o si la cobertura que ofrece no alcanza ciertos estándares. Los ahorros en la prima para los que califique dependen del ingreso familiar.

¿La cobertura médica del empleador afecta la calificación para ahorrar en primas a través del Mercado?

Sí. Si su empleador le ofrece una cobertura de salud que cumple ciertos estándares, no califica para un crédito fiscal a través del mercado y quizás desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, puede calificar para un crédito fiscal que disminuya el valor de su prima mensual, o que disminuya ciertos gastos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura, o si la que ofrece no cumple con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría (y no a cualquier otro miembro de su grupo familiar) supera el 9,5 % de su ingreso familiar anual, o si la cobertura que ofrece su empleador no cumple el estándar de «valor mínimo» que establece la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, puede calificar para un crédito fiscal.²

Nota: Si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud que le ofrece su empleador, quizás pierda el aporte del empleador (si existiere) a la cobertura que este ofrece. Además, este aporte del empleador, así como su aporte como empleado a la cobertura que ofrece el empleador, suele excluirse de los ingresos para calcular el impuesto federal y estatal a la renta. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen después de los impuestos.

² Un plan de cobertura médica patrocinado por el empleador cumple con el «estándar de valor mínimo» si el plan se hace cargo de, al menos, el 60 % del total de los costos de los beneficios autorizados cubiertos por el plan.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura que ofrece su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con El Departamento de Recursos Humanos de The Vincit Group.

El Mercado puede ayudarlo a evaluar las opciones de cobertura, incluida su calificación para obtener la cobertura a través del Mercado y el costo. Puede obtener más información en HealthCare.gov, como una solicitud en línea para obtener un seguro de cobertura médica e información de contacto del Mercado de seguros de salud en su área.

PARTE B: Información sobre la cobertura médica que ofrece su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica que ofrezca su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, le pedirán esta información. Esta información está numerada para que coincida con la solicitud del Mercado.

3. Nombre del empleador The Vincit Group		4. Número de identificación del empleador (EIN) 62-1723130	
5. Dirección del empleador 412 Georgia Ave, Suite 300		6. Número de teléfono del empleador (423) 771-4966	
7. Ciudad Chattanooga	8. Estado TN	9. Código postal 37403	
10. ¿Con quién puedo hablar sobre la cobertura médica para empleados en este empleo? Candace Wiley			
11. Número de teléfono (si difiere del que antecede)		12. Dirección de correo electrónico Candace.wiley@vincitgroup.com	

Esta es información básica sobre la cobertura médica que ofrece este empleador:

• En nuestro carácter de empleador, ofrecemos un plan de cobertura médica para:

Todos los empleados. Los empleados calificados son: Empleados de jornada completa (30 h semanales)

Algunos empleados. Los empleados calificados son:

•Con respecto a los dependientes:

Ofrecemos cobertura. Los dependientes calificados son:

Su cónyuge legítimo, sus hijos biológicos, hijastros, hijos adoptivos o hijos por los que tiene custodia legal. Los hijos de 26 años en adelante con discapacidades físicas o psíquicas que no les permiten cuidarse a sí mismos.

No ofrecemos cobertura.

Si está marcada, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y se pretende que el costo de esta cobertura sea asequible, según los salarios del empleado.

**Aunque su empleador pretenda que su cobertura sea asequible, quizás pueda calificar para un descuento en la prima a través del Mercado. El Mercado determinará si usted puede calificar para un descuento en la prima tomando en consideración sus ingresos familiares, junto con otros factores. Si, por ejemplo, sus salarios varían entre semanas (porque trabaja por hora o comisión), si lo contratan a mitad de año, o si tiene otras pérdidas de ingresos, quizás pueda calificar para un descuento en la prima.

Si decide comprar una cobertura en el Mercado, HealthCare.gov lo guiará en el proceso. Estos son los datos del empleador que debe ingresar cuando visite HealthCare.gov para averiguar si puede acceder a un crédito fiscal para bajar sus primas mensuales.

Exención de responsabilidad

El monto que el plan paga para los servicios cubiertos prestados por proveedores fuera de la red se basa en el monto máximo autorizado para los servicios prestados específicos. Si bien su plan estipula un desembolso máximo para los servicios fuera de la red, tenga en cuenta que el monto máximo autorizado para un procedimiento calificado puede no ser igual al que le cobre su proveedor fuera de la red. Su proveedor fuera de la red puede cobrarle la diferencia entre el monto cobrado y el monto máximo autorizado. Esto se conoce como facturación de saldo, y el monto que se le facture puede ser abundante. El desembolso máximo descrito en su póliza no incluirá los montos excedentes del cobro autorizado ni ningún otro gasto no cubierto conforme a lo definido en su plan. El monto máximo reembolsable para los proveedores fuera de la red puede basarse en ciertos cálculos, como en un porcentaje razonable y usual, o en un porcentaje de Medicare. El documento del plan o la póliza principal de la aseguradora será el documento dominante, y esta Aclaración de beneficios no incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones del plan real. Para obtener más información, comuníquese con el encargado de liquidar sus reclamos o con su aseguradora.

Este documento es un resumen de la cobertura propuesta por la(s) aseguradora(s) según la información provista por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones del contrato real. Debe leer los contratos y pólizas para conocer esos detalles. Los formularios de las pólizas para su referencia estarán disponibles a petición.

El objetivo de este documento es proporcionar información general sobre el estado de su entorno actual de beneficios para empleados, así como sobre posibles problemas relacionados con este. No necesariamente aborda todos los problemas específicos. No pretende brindar asesoramiento legal ni debe ser considerado como tal. Su asesor general o un abogado especializado en esta área deben responder a las preguntas sobre cuestiones específicas.



Gallagher

Insurance | Risk Management | Consulting

RESUMEN DEL INFORME ANUAL

Para los PLANES DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES

Este es un resumen del informe anual de los PLANES DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS DE VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES, EIN 62-1723130, Plan N.º 501, del 01/01/2022 al 31/12/2022. Se envió el informe anual a la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado, Departamento de Trabajo de EE. UU., conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados de 1974 (ERISA).

VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES se compromete a pagar determinados reclamos médicos autoasegurados que se hayan producido conforme a los términos del plan.

Información del seguro

El plan tiene contratos con SYMETRA LIFE INSURANCE COMPANY, UNUM LIFE INSURANCE COMPANY OF AMERICA y STANDARD INSURANCE COMPANY para pagar reclamos por médicos, odontológicos, oftalmológicos, de seguro de vida, por discapacidad a corto y largo plazo, por muerte accidental y desmembramiento, por programas de asistencia al empleado, por accidentes y por enfermedades críticas que se hayan producido conforme a los términos del plan. El total de las primas pagadas durante el año del plan que finalizó el 31/12/2022 fue de \$1 389 900.

Ya que se trata de contratos con «tarificación a posteriori», el costo de las primas depende, entre otros aspectos, de la cantidad y la dimensión de los reclamos. Del total de primas por seguros pagadas durante el año del plan que finalizó el 31/12/2022, las que se pagaron por contratos con «tarificación a posteriori» representaron \$520 932 y el total de todos los reclamos de beneficios que se pagaron por estos contratos durante el año del plan representó \$304 023.

Su derecho a obtener información adicional

Tiene el derecho de recibir una copia del informe anual completo, o a parte de este, si lo solicita. Los siguientes aspectos se incluyen en ese informe:

- información sobre el seguro, incluidas las comisiones de ventas que pagan las aseguradoras.

Para obtener una copia del informe anual completo, o de cualquier parte de este, escriba a la oficina de VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES que está ubicada en 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403 o llame al 423-702-7763.

También tiene el derecho protegido por ley de revisar el informe anual en la oficina principal del plan (VINCIT GROUP & MEMBER COMPANIES, 412 GEORGIA AVENUE, SUITE 300, CHATTANOOGA, TN, 37403) y en el Departamento de Trabajo de EE. UU. en Washington, D.C. o de obtener una copia del Departamento de Trabajo de EE. UU. si paga los costos por copia. Las solicitudes al Departamento deben estar dirigidas a: Sala de divulgación al público, Habitación N1513, Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, del Departamento del Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue, N.W., Washington, D.C. 20210.

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. pública 104-13) (PRA, *Paperwork Reduction Act*), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, *Office of Management and Budget*). El Departamento señala 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, que dicha recopilación tenga un número de control actualmente válido de la OMB y que el público no tenga la obligación de responder una recopilación de información, salvo que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C., *United States Code*), artículo 3507. Asimismo, 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 el Título 44 del Código de Estados Unidos (U.S.C., *United States Code*), artículo 3512.

Se estima que el tiempo necesario para recopilar la información es de un promedio de menos de un minuto por aviso (aproximadamente 3 h y 11 min por plan). Se recomienda a los interesados que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, lo que incluye sugerencias para reducir este tiempo, al Departamento del Trabajo de EE. UU., oficina del director de Información. Contacto: Oficial de autorización departamental, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-1301, Washington, DC 20210 o por correo electrónico a DOL_PRA_PUBLIC@dol.gov y mencione el número de control OMB 1210-0040.

Número de control OMB 1210-0040 (vence el 31/07/2023)