

# Paquete de avisos de beneficios de salud y bienestar de Chattanooga Goodwill Industries, Inc.

Para 2026 plan year

Estimado Empleado,

Adjunto encontrará un paquete de notificaciones y divulgaciones que pertenecen a los planes de salud y bienestar patrocinados por su empleador, según lo exige la ley federal.

## Anexos

- ☐ Aviso de cobertura acreditable Medicare Parte D
  - ☐ Aviso de Cobertura No Acreditable de Medicare Parte D
  - ☐ Aviso de derechos de inscripción especial HIPAA
  - ☐ Aviso de prácticas de privacidad HIPAA
  - ☐ Aviso sobre el Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)
  - ☐ Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)
  - ☐ Aviso sobre la Ley para la Protección de la Salud de las Madres y Recién Nacidos (NMHPA)
  - ☐ Aviso General sobre Derechos de Continuación de Cobertura COBRA
  - ☐ Avisos Adicionales
- 

Si tiene alguna pregunta sobre el contenido de los avisos, póngase en contacto con nosotros en 423-629-2501 x 2580.

# **Medicare Parte D AVISO DE COBERTURA ACREDITABLE**

*Option 2- PPO S-Network & Option 4- PPO P-Network*

## **Aviso Importante de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare**

**Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.**

**Existen dos aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:**

- 1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**
  - 2. Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece Blue Cross Blue Shield of Tennessee se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare y por lo tanto se considerará como cobertura acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura acreditable, usted puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.**
-

## **¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de medicare?**

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre. Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos con receta, mientras no sea por su culpa, también calificará para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para participar en el plan de medicamentos de Medicare.

## **¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare podría disminuir significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

## **¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan y no se une al plan de medicamentos de Medicare durante los siguientes 63 días continuos después de que termine su cobertura actual, podría pagar una prima más alta (penalización) para unirse más tarde a un plan de medicamentos de Medicare.

Si usted pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar un mínimo de 1% de la prima mensual básica de beneficiario de Medicare por cada mes que usted no haya tenido dicha cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

## **Si desea más información acerca de este Aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...**

Comuníquese con la persona que se indica a continuación para obtener más. **NOTA:** Usted recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## **Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare...**

El manual “Medicare & You” (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual “Medicare & You”, para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámeles 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, quizá se le solicite presentar una copia de este aviso en el momento de la inscripción para demostrar que usted ha mantenido o no su cobertura acreditable y, por lo tanto si deberá usted pagar o no una prima más alta (penalización).**

Fecha: 1/1/2026

Nombre de la entidad/remitente: Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan

Contacto-Cargo/Oficina: Rhonda Johnson, HR Manager

Dirección: [Insert Street Address, City, State & Zipd Code of Entity]

Número de teléfono: 423-629-2501 x 2580

## Medicare Parte D

### Aviso de cobertura no acreditable

*Option 1- HDHP S-Network & Option 3- HDHP P-Network*

#### **Aviso Importante de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan sobre su Cobertura de Medicamentos con Receta Médica y Medicare**

**Sírvase leer este aviso cuidadosamente y conservarlo a la mano. Este Aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan y sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede**

**obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos con receta.**

**Existen tres aspectos importantes que usted debe conocer acerca de su cobertura y de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:**

- 1. En 2006, la cobertura de medicamentos recetados de Medicare se volvió disponible para todos los inscritos en Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o se inscribe en un Plan Advantage de Medicare (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos con receta. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura sujeta a primas mensuales más altas.**
- 2. Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta que le ofrece Blue Cross Blue Shield of Tennessee NO se espera que, en promedio, pague a todos los participantes del plan una cantidad equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos con receta de Medicare. Por lo tanto, su cobertura se considera como Cobertura no acreditable. Esto es importante porque, muy probablemente, usted recibirá más ayuda con sus costos de medicamentos si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, que si solo tiene cobertura de medicamentos con receta de Blue Cross Blue Shield of Tennessee. Esto también es importante porque puede significar que usted puede pagar una prima más alta (una penalización) si no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez.**
- 3. Puede conservar su cobertura actual de Blue Cross Blue Shield of Tennessee. Sin embargo, debido a que su cobertura no es acreditable, usted tiene que tomar decisiones sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare que pueden afectar cuánto paga usted por esa cobertura, dependiendo de si se inscribe en un plan de medicamentos y cuándo. Al tomar su decisión, le recomendamos comparar su cobertura actual, incluso qué medicamentos tienen cobertura, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare en su localidad. Lea este aviso cuidadosamente, le explica sus opciones.**

### **¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos recetados de Medicare?**

Usted se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare al obtener la elegibilidad inicial para Medicare cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Si su plan está cambiando de cobertura acreditable a no acreditable, perderá la cobertura acreditable de medicamentos recetados bajo el Blue Cross Blue Shield of Tennessee, es elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

## **¿Qué le ocurre a su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan como empleado activo, tenga en cuenta que su cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta y Medicare el pagador secundario. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Medicare puede reducirse significativamente. Por lo general, Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta si usted participa en la cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan como ex empleado.

Además, puede optar por cancelar su cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan. Tenga presente que si decide inscribirse en un plan de medicamentos con receta de Medicare y cancela su cobertura actual de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan, tenga presente que ni usted ni sus dependientes podrán recuperar esta cobertura.

Si decide participar en un plan de medicamentos de Medicare mientras está inscrito en la cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan como empleado activo, tenga en cuenta que por lo general Medicare será el pagador primario de sus beneficios de medicamentos con receta, y su cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan pagará en segundo lugar. Como resultado, el valor de sus beneficios de medicamentos con receta de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan podría disminuir considerablemente.

También puede optar por cancelar su cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan. Si decide participar en un plan de medicamentos de Medicare y cancela su cobertura de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan actual, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura.

## **¿Cuándo pagará usted una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**

Debido a que la cobertura de Blue Cross Blue Shield of Tennessee no es acreditable, usted puede pagar una penalización por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare dependiendo de cuánto tiempo pase sin cobertura acreditable de medicamentos con receta. A partir del último día del último mes en que fue elegible por primera vez para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare pero no lo hizo, si pasa 63 días continuos o más sin cobertura de medicamentos con receta que sea acreditable, su prima mensual puede aumentar un mínimo de un 1% sobre la prima mensual base del beneficiario de Medicare por cada mes en el que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima será consecuentemente al menos 19% mayor que la prima base que pagan los beneficiarios de Medicare. Quizá tenga que pagar esta prima más alta (penalización) siempre que usted tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, quizá tenga que esperar hasta en octubre próximo para inscribirse.

## **Para obtener más información acerca de este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos con receta...**

Comuníquese con la persona que se indica al pie de esta nota para obtener más información. **NOTA:** Recibirá este aviso cada año. Además, lo recibirá antes del próximo período en el que puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, y también si esta cobertura a través de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan cambia. Usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

## **Para obtener más información acerca de sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...**

El manual "Medicare & You" (Medicare y usted) contiene información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual todos los años. Además, los planes de medicamentos de Medicare quizá se comuniquen directamente con usted.

Si desea más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)
- Llame al Programa estatal de ayuda para seguros de salud (State Health Insurance Assistance Program), al número de teléfono que se indica en el interior de la contraportada de su manual "Medicare & You", para obtener ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Si desea información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la Web en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámeles al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Fecha: 1/1/2026

Nombre de la entidad/remitente: Chattanooga Goodwill Industries, Inc. Group Health Plan Contacto--

Cargo/Oficina: Rhonda Johnson, HR Manager

Dirección: 6104 Preservation Drive Chattanooga Tennessee, 37416

Número de teléfono: 423-629-2501 x 2580

## **Aviso sobre inscripción especial HIPAA**

Si declina la inscripción en Chattanooga Goodwill Industries, Inc. la cobertura de salud de grupo para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la existencia de otro seguro de salud o cobertura de plan de salud de grupo, podrán inscribirse usted y sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura antedicha (o si el empleador deja de contribuir para dicha cobertura de usted o de sus dependientes). Sin embargo, es necesario solicitar inscripción en un plazo de 30 días de que termine la otra cobertura de usted o de sus dependientes (o después de que el empleador cese sus contribuciones para dicha cobertura).

Además, si usted obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, podrán inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, es necesario solicitar la inscripción en un plazo de 30 días después del matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Finalmente, usted y/o sus dependientes pueden tener derechos especiales de inscripción si se pierde la cobertura bajo Medicaid o de un programa de seguro de salud estatal ("CHIP"), o cuando usted y/o sus dependientes obtengan la elegibilidad para recibir asistencia para las primas estatales. Usted dispone de 60 días a partir de la ocurrencia de uno de estos eventos para notificar a la compañía e inscribirse en el plan.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Rhonda Johnson, Human Resource Manager 423-629-2501 x 2580.

## **Notificación sobre las prácticas de privacidad HIPAA**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA CUIDADOSAMENTE.**

Chattanooga Goodwill Industries, Inc. patrocina ciertos planes de salud de grupo (colectivamente, el "Plan" o "Nosotros") para proporcionar beneficios a nuestros empleados, sus dependientes y otros participantes. Proporcionamos esta cobertura mediante varias relaciones con terceros que establecen redes de proveedores, coordinan su atención y procesan las reclamaciones de reembolso por los servicios que usted recibe. Este Aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") describe las obligaciones legales de Chattanooga Goodwill Industries, Inc., el Plan y sus derechos legales con respecto a su información de salud protegida en poder del Plan bajo HIPAA. Entre otras cosas, este Aviso describe cómo su información de salud protegida puede ser utilizada o divulgada para realizar tratamientos, pagos, gestiones de cuidado de salud o para cualquier otro propósito que esté permitido o sea requerido por la ley.

Estamos obligados a proporcionarle este Aviso en cumplimiento con la ley HIPAA. La Regla de privacidad de HIPAA protege solamente cierta información médica designada como "información de salud protegida". Generalmente, la información de salud protegida es información de salud individualmente identificable, incluyendo información demográfica, recopilada de usted o creada o recibida por un proveedor de atención médica, un centro de información de atención médica, un plan de salud o de su empleador en nombre de un plan de salud de grupo, que se relaciona con:

- (1) su salud, condición física o mental pasada, presente o futura;
- (2) la prestación de atención médica para usted; o
- (3) el pago pasado, presente o futuro por la prestación de atención médica a usted.

Nota: Si usted está cubierto por uno o más planes de salud de grupo totalmente asegurados que le ofrece Chattanooga Goodwill Industries, Inc., recibirá una notificación por separado con respecto a la disponibilidad de un aviso sobre las prácticas de privacidad aplicables a esa cobertura y cómo obtener una copia de la notificación directamente de la compañía de seguros.

### **Información de contactos**

Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o sobre nuestras prácticas de privacidad, por favor comuníquese con el Oficial de Privacidad de HIPAA de Chattanooga Goodwill Industries, Inc. o Rhonda Johnson HR Manager:

Chattanooga Goodwill Industries, Inc.  
A la atención de: HIPAA Privacy Officer (Oficial de Privacidad de HIPAA)  
6104 Preservation Drive Chattanooga Tennessee, 37416

### **Fecha de vigencia**

Este aviso y sus revisiones entrará en vigor a partir del 1/1/2026.



## **Nuestras responsabilidades**

La ley estipula que debemos:

- mantener la privacidad de su información médica protegida;
- proporcionarle ciertos derechos con respecto a su información médica protegida;
- proporcionarle una copia de esta Notificación de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud protegida; y
- cumplir las cláusulas del Aviso que esté actualmente en vigencia.

Nos reservamos el derecho de modificar los términos de este Aviso y de establecer nuevas provisiones con respecto a su información de salud protegida que mantenemos, según lo permita o requiera la ley. Si realizamos cualquier cambio material a este Aviso, le proporcionaremos una copia de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad revisado. También puede obtener una copia de la última versión revisada del Aviso a través del contacto con nuestro Oficial de Privacidad en la información de contactos proporcionada anteriormente o en nuestra Intranet. Con excepción de lo dispuesto en este Aviso, no podemos divulgar su información de salud protegida sin su autorización previa.

## **Cómo podemos usar y divulgar su información de salud protegida**

Según la ley, en ciertas circunstancias podemos usar o revelar sin su permiso su información de salud protegida. Las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

### **Para el tratamiento**

Podemos usar o revelar su información médica protegida para facilitar el tratamiento o servicios médicos por parte de los proveedores. Podemos divulgar su información médica a proveedores, incluso médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que esté involucrado en el cuidado de su salud. Por ejemplo, podríamos divulgar información sobre sus recetas anteriores a un farmacéutico para determinar si una receta pendiente es inapropiada o peligrosa para que usted la use.

### **Para el pago**

Podemos usar o divulgar su información de salud protegida para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento y los servicios que usted recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios bajo el Plan o para coordinar la cobertura del Plan. Por ejemplo, podemos informar a su proveedor de atención médica sobre su historial médico para determinar si un tratamiento en particular es experimental, de investigación o médicamente necesario, o para determinar si el Plan cubrirá el tratamiento. También podemos compartir su información de salud protegida con un proveedor de servicios de revisión de utilización o de precertificación. De igual manera, podemos compartir su información de salud protegida con otra entidad a fin de ayudar con la adjudicación o subrogación de reclamaciones de salud o con otro plan de salud para coordinar el pago de los beneficios.

### **Para gestiones de cuidados de salud**

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida para otras gestiones del Plan. Estos usos y divulgaciones son necesarios para el funcionamiento del Plan. Por ejemplo, podemos utilizar información médica en relación con la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad; suscripción de aseguramiento, clasificación de primas y otras actividades relacionadas con la cobertura del Plan; presentación de reclamaciones para la cobertura de limitación de pérdidas (o exceso de pérdidas); realización u organización de revisiones médicas, servicios legales, servicios de auditoría y programas de detección de fraudes y abusos; planificación y desarrollo empresarial, como la gestión de costos; y gestión empresarial y actividades administrativas generales del Plan. El Plan tiene prohibido usar o divulgar información de salud protegida que sea información genética sobre un individuo con fines de suscripción de aseguramiento.

### **A asociados empresariales**

Podemos suscribir contratos con personas o entidades conocidos como asociados empresariales para realizar diversas funciones en nombre del Plan o para proporcionar ciertos tipos de servicios. Con el fin de realizar estas funciones o de proporcionar estos servicios, los asociados empresariales recibirán, crearán, mantendrán, utilizarán y/o divulgarán su información de salud protegida, pero solo después de que acuerden por escrito con nosotros implementar las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida a un asociado empresarial para administrar reclamaciones o para proporcionar servicios de apoyo, tales como la gestión de la utilización, gestión de beneficios de farmacia o subrogación, pero solo después de que el asociado empresarial suscriba un Acuerdo de asociado empresarial con nosotros.

### **Según lo estipule la ley**

Divulgaremos su información de salud protegida cuando así lo exija la ley federal, estatal o local. Por ejemplo, podemos divulgar su información de salud protegida cuando así lo exijan las leyes de seguridad nacional o las leyes de divulgación de salud pública.

### **Para prevenir una amenaza grave a la salud o a la seguridad**

Podemos usar y divulgar su información de salud protegida cuando sea necesario para prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad, o a la salud y seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, cualquier divulgación, solo se haría a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza. Por ejemplo, podemos revelar su información de salud protegida en un procedimiento relacionado con la autorización de licencia de un médico.

### **A los patrocinadores del Plan**

Para el propósito de administrar el Plan, podemos divulgar a información sobre la salud protegida a ciertos empleados del Empleador. Sin embargo, estos empleados únicamente utilizarán o divulgarán dicha información según sea necesario para realizar funciones administrativas para el Plan o de otra manera que lo requiera la ley HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información de salud protegida no se puede utilizar para fines de empleo si no se cuenta con su autorización específica.

## **Situaciones especiales**

Además de las situaciones antedichas, las siguientes categorías describen las diferentes maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida. Para cada categoría de usos o divulgaciones explicaremos lo que queremos decir y presentaremos algunos ejemplos. No se enumerarán todos los usos o divulgaciones de una categoría. Sin embargo, todas las formas en que se nos permite usar y divulgar información de salud protegida se incluirán en una de las categorías.

### **Donación de órganos y tejidos**

Si usted es un donante de órganos, podemos divulgar su información de salud protegida a organizaciones que manejan la obtención y trasplante de órganos, ojos o tejidos o a un banco de donación de órganos, según sea necesario, para realizar la donación y trasplante del órgano o tejido.

### **Militares y veteranos**

Si usted es miembro de las fuerzas armadas, podemos divulgar su información de salud protegida según lo requieran las autoridades del comando militar. Además, podemos divulgar información de salud protegida acerca de personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.

### **Seguro de compensación a los trabajadores**

Podemos divulgar su información de salud protegida para los fines del seguro de compensación a los trabajadores o programas similares. Estos programas proporcionan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

### **Riesgos de salud pública**

Podemos divulgar su información de salud protegida para acciones de salud pública. Estas acciones por lo general incluyen lo siguiente:

- prevenir o controlar enfermedades, lesiones o incapacidades;
- reportar nacimientos y fallecimientos;
- reportar abuso o abandono infantil;
- reportar reacciones a medicamentos o problemas con productos;
- notificar a personas sobre la retirada del mercado de productos que puedan estar consumiendo;
- para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que pueda estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección;
- notificar a la autoridad gubernamental pertinente si creemos que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. Solo haremos esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando así lo requiera o lo autorice la ley.

### **Actividades de supervisión de la salud**

Podemos divulgar su información de salud protegida a una agencia de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley. Por ejemplo, estas actividades de supervisión pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamientos de licencias. El gobierno necesita estas actividades para supervisar el sistema de atención de salud y los programas gubernamentales, y para velar por el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.

### **Demandas judiciales y disputas**

Si usted está involucrado en una demanda judicial o en una disputa, podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar su información de salud protegida en respuesta a una citatorio, solicitud de descubrimiento u otro proceso judicial por parte de otra persona involucrada en la disputa, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden que proteja la información solicitada.

### **Cumplimiento de la ley**

Podemos divulgar su información de salud protegida si así lo solicita un funcionario del orden público,

- en respuesta a una orden judicial, citatorio, requerimiento judicial, emplazamientos o procesos legales similares;

- para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida;
- sobre la víctima de un delito si, en ciertas circunstancias limitadas, no podemos obtener el acuerdo de la víctima;
- acerca de una muerte que consideramos que puede ser el resultado de una conducta delictiva;
- acerca de una conducta delictiva; y
- en circunstancias de emergencia para reportar un delito; la ubicación del delito o de las víctimas; o la identidad, descripción o ubicación de la persona que cometió el delito.

### **Jueces de instrucción, médicos forenses y directores funerarios**

Podemos divulgar información de salud protegida a un juez de instrucción o a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o para determinar la causa de la muerte. Además, podemos divulgar la información de salud de pacientes para ayudar a un director funerario según sea necesario para llevar a cabo sus obligaciones.

### **Actividades de seguridad nacional y servicios de inteligencia**

Podemos divulgar su información de salud protegida a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional autorizadas por la ley.

### **Internos o reclusos**

Si usted es un recluso de una institución correccional o está bajo la custodia de un oficial de cumplimiento de la ley, podemos divulgar su información de salud protegida a la institución correccional o al oficial de cumplimiento de la ley si es necesario (1) para que la institución le brinde atención médica; (2) para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros; o (3) para la seguridad y protección de la institución correccional.

### **Investigación**

Podemos divulgar su información de salud protegida a investigadores cuando:

- (1) se haya eliminado los identificadores individuales; o
- (2) cuando una junta de revisión institucional o junta de privacidad haya (a) revisado la propuesta de investigación; y (b) establecido protocolos para asegurar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

## **Divulgaciones necesarias**

La siguiente es una descripción de las divulgaciones de su información de salud protegida que estamos obligados a realizar.

### **Auditorías gubernamentales**

Estamos obligados a divulgar su información de salud protegida al Secretario del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el Secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento de la regla de privacidad de la HIPAA.

### **Divulgaciones a usted**

Cuando usted lo solicite, estamos obligados a divulgarle la parte de su información de salud protegida que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica. También estamos obligados, cuando se nos solicite, a proporcionarle un informe de la mayoría de las divulgaciones de su información médica protegida si la divulgación se hizo por razones que no fueran de pago, tratamiento u gestiones de

atención médica, y si la información de salud protegida no fue divulgada de conformidad con su autorización individual.

### **Notificación de una infracción**

Estamos obligados a notificarle en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados empresariales) descubra una infracción a su información de salud protegida no segura, según lo define la HIPAA.

## **Otras divulgaciones**

### **Representantes personales**

Divulgaremos su información de salud protegida a las personas que usted autorice, o a una persona designada como su representante personal, apoderado, etc., siempre y cuando usted nos proporcione un aviso/autorización por escrito y cualquier documento de apoyo (por ejemplo, un poder notarial).

Nota: En virtud de la regla de privacidad de HIPAA, no estamos obligados a divulgar información a un representante personal si tenemos una sospecha razonable de que:

- (1) usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona;
- (2) tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerlo en peligro a usted; o
- (3) en el ejercicio o juicio profesional, no resulta en su mejor interés tratar a la persona como su representante personal.

### **Cónyuges y otros familiares**

Salvo excepciones limitadas, enviaremos todo correo al empleado. Esto incluye el correo relacionado con el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia que están cubiertos por el Plan, e incluye el correo con información sobre el uso de los beneficios del Plan por el cónyuge del empleado y otros miembros de la familia e información sobre la denegación de cualquier beneficio del Plan al cónyuge del empleado y otros miembros de la familia. Si una persona cubierta por el Plan ha solicitado Restricciones o Comunicaciones Confidenciales (ver más adelante bajo "Sus derechos"), y si hemos aceptado la solicitud, le enviaremos un correo electrónico según lo estipulado en la solicitud de Restricciones o Comunicaciones Confidenciales.

### **Autorizaciones**

No se harán sin su autorización por escrito otros usos ni divulgaciones de su información de salud protegida no descritos anteriormente, incluyendo el uso y divulgación de notas de psicoterapia y el uso o divulgación de información de salud protegida para propósitos de recaudación de fondos o comercialización. Usted puede revocar su autorización escrita en cualquier momento, siempre que dicha revocatoria se haga por escrito. Una vez que el Plan reciba su revocatoria de autorización por escrito, esta causará efecto únicamente en las divulgaciones y usos futuros. No será aplicable a ninguna otra información que haya sido utilizada o divulgada en función de la autorización escrita y antes de recibir su revocatoria por escrito. Usted puede optar por no recibir comunicaciones de recaudación de fondos de nuestra parte en cualquier momento.

## **Sus derechos**

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a su información de salud protegida:

### **Derecho de inspeccionar y copiar**

Usted tiene derecho de inspeccionar y copiar cierta información de salud que se pueda utilizar para tomar decisiones acerca de sus beneficios de atención médica. Para inspeccionar y copiar su

información de salud protegida, envíe su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Si usted solicita una copia de la información, podemos cobrarle una tarifa razonable por los costos de copiado, envío por correo u otros materiales relacionados con su solicitud. Podemos denegar su solicitud de inspeccionar y copiar su información de salud protegida en muy limitadas circunstancias. Si se le niega el acceso a su información de salud, puede tener derecho a solicitar que se revise la denegación y se le proporcionarán detalles sobre cómo hacerlo.

### **Derecho de enmienda**

Si usted considera que la información de salud protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede solicitarnos que enmendemos la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda siempre que la información sea mantenida por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe presentar su solicitud por escrito y enviarla al Oficial de Privacidad a la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Además, usted deberá proporcionar al menos un motivo que respalde su solicitud. Podemos rechazar su solicitud de enmienda si no se efectúa por escrito o si no incluye un motivo para respaldar la solicitud. Además, podemos rechazar su solicitud si usted nos solicita enmendar información que:

- No es parte de la información de salud conservada por, o para el plan;
- No fue creada por nosotros, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para efectuar la enmienda;
- No es parte de la información a la que usted se le permitiría inspeccionar y copiar; o
- ya es exacta y completa.

Si denegamos su solicitud, usted tiene el derecho de presentar una declaración de desacuerdo con nosotros y cualquier divulgación futura de la información en disputa incluirá su declaración.

### **Derecho de ver el registro de las divulgaciones**

Usted tiene el derecho de solicitar un “listado” o reporte de ciertas divulgaciones de su información personal de salud protegida. El listado no incluirá (1) divulgaciones para fines de tratamiento, pago o gestiones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para fines de seguridad nacional; y (6) divulgaciones incidentales a divulgaciones que de otra manera serían permisibles.

Para solicitar este listado o informe de divulgaciones, usted debe presentar su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. Su solicitud debe indicar un periodo de tiempo no mayor de seis años (tres años para expedientes médicos electrónicos) o el periodo que ABC Company haya estado sujeta a las reglas de privacidad HIPAA, si es menor.

Su solicitud debe indicar en qué forma desea el listado (por ejemplo: impreso o en formato electrónico). Intentaremos proporcionar el listado en el formato que usted lo solicitó o en otro formato acordado mutuamente si el formato solicitado no es razonablemente factible. El primer listado que solicite dentro de un periodo de 12 meses se le proporcionará sin costo alguno. Para listados adicionales, podemos cobrarle los costos para suministrar cada listado. Le informaremos sobre el costo involucrado y usted podrá retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en algún costo.

### **Derecho a solicitar restricciones**

Usted tiene derecho a solicitar una restricción o limitación sobre cuánta de su información de salud protegida podemos usar o divulgar para gestiones de tratamiento, pago o atención de salud. Además,

tiene el derecho de solicitar un límite sobre su información de salud protegida que divulgamos a alguien que esté involucrado en su atención de salud o en el pago de esta, tal como un familiar o un amigo. Por ejemplo, usted podría solicitarnos que no usemos ni divulguemos información acerca de una cirugía que usted tuvo.

No estamos obligados a aceptar su solicitud. Sin embargo, si estamos de acuerdo con la solicitud, respetaremos la restricción hasta que usted la revoque o se lo notifiquemos de manera diferente. Para solicitar restricciones, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. En su solicitud, debe decirnos (1) qué información desea limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, divulgaciones a su cónyuge.

### **Derecho de solicitar comunicaciones confidenciales**

Usted tiene el derecho de solicitar que, para asuntos médicos, nos comuniquemos con usted de cierta manera o en cierta localidad. Por ejemplo, usted puede solicitar que solo nos comuniquemos con usted en el trabajo o por correo. Para solicitar comunicaciones confidenciales, usted debe hacer su solicitud por escrito al Oficial de Privacidad en la dirección proporcionada anteriormente bajo el título Información de contactos. No le preguntaremos el motivo de su solicitud. Su solicitud deberá especificar cómo o dónde desea que se le contacte. Nos acomodaremos a todas las solicitudes razonables si usted proporciona claramente información de que la divulgación parcial o total de su información protegida podría ponerlo en peligro a usted.

### **Derecho a recibir copia impresa de este aviso**

Usted tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. En cualquier momento, puede solicitarnos que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, tiene derecho a recibir una copia impresa de este aviso. Para obtener una copia impresa de este aviso, llame por teléfono o escriba al Oficial de Privacidad según se indica en la sección Información de contactos.

Si desea obtener más información, consulte [Sus derechos en virtud de HIPAA](#).

### **Quejas**

Si usted considera que sus derechos de privacidad han sido infringidos, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Puede presentar una reclamación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por medio de una carta dirigida a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, puede llamar al 1-877-696-6775, o visitar <https://www.hhs.gov/hipaa/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>.

Para presentar una queja ante el Plan, llame por teléfono y escriba al Oficial de Privacidad según se indica más arriba en Información de contactos. Usted no recibirá penalización alguna, ni represalias de ningún tipo, por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o ante el Plan. Le sugerimos conservar para sus registros una copia de cualquier notificación que envíe al Administrador del Plan o al Oficial de Privacidad.

# Asistencia para primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil de California (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura de salud a través de su empleador, el estado donde usted reside puede tener un programa de asistencia de primas para ayudarle a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán ser elegibles para estos programas de ayuda para el pago de primas, pero quizá pueda adquirir cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Si desea obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados que se indican más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para determinar si está disponible la ayuda de primas.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o de CHIP, o bien, marque el **1-877-KIDS NOW** o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para enterarse de cómo solicitar su inscripción. Si usted califica, pregunte si el estado tiene un programa que pudiese ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir ayuda para el pago de primas en virtud de Medicaid o CHIP, así como también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador deberá permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no estuviese inscrito. Esto se llama una oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar la cobertura en un plazo no mayor de 60 días después de determinarse su elegibilidad para la ayuda de primas**. Si tiene preguntas acerca de cómo inscribirse en su plan del empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

---

**Si usted reside en uno de los estados siguientes, quizá sea elegible para recibir ayuda para el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La lista de estados a continuación está en vigor desde el 31 de julio de 2025. Comuníquese con la oficina en su estado para obtener más información sobre elegibilidad.**

| GEORGIA – Medicaid   |
|--|
| Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a><br>Teléfono: 678-564-1162, presione 1<br>Sitio web de GA CHIPRA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a><br>Teléfono: 678-564-1162, presione 2 |

Para ver si otros estados han agregado un programa de ayuda de primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, puede comunicarse con cualquiera de los siguientes:

U.S. Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration  
[www.dol.gov/agencies/ebsa](http://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](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, Opción de menú 4, Ext. 61565





# Tennessee

## 2019 CHIP Fact Sheet

For more than two decades, the Children's Health Insurance Program (CHIP) has provided health coverage to children in families with low to moderate incomes. Each state has the option to cover its CHIP population within its Medicaid program, design and structure a separate CHIP program, or establish a combination program using both options.

### Key Highlights:

**Program type:** Tennessee operates a combination CHIP program called CoverKids.

**Number of children covered:** In FFY 2018, 112,635 children were covered by CoverKids. (Data from CHIP Annual Report Template System)

**State's enhanced federal match rate\*:** For FFY 2020, the federal match is 87.15 percent.

**Participation rate:** In 2017, 94.9 percent of eligible children in Tennessee participated in either Medicaid or CoverKids. ([Urban Institute](#))

*\*The Affordable Care Act increased the federal CHIP match rate by 23 percentage points. The HEALTHY KIDS and ACCESS Acts maintained this increase through FFY 2019, and reduced it to 11.5 percentage points in FFY 2020. The federal CHIP match rate returns to states' regular enhanced match rate in FFY 2021 and beyond.*

CHIP is currently funded through federal fiscal year (FFY) 2027 (Sept. 30, 2027) by the HEALTHY KIDS and ACCESS Acts. The Acts also extended the maintenance of effort (MOE) provision, which requires states to maintain eligibility standards that were in place in 2010 through FFY 2027. However, beginning in FFY 2020 MOE only applies to children in families with incomes at or below 300 percent of the federal poverty level (FPL).

### Eligibility

#### Modified adjusted gross income (MAGI) eligibility levels for CHIP/Title XXI in Tennessee (by age)

|                           | Ages 0 – 1     | Ages 1 – 5     | Ages 6 – 18    |
|---------------------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>Medicaid expansion</b> | 196 – 211% FPL | 143 – 211% FPL | 134 – 211% FPL |
| <b>Separate CHIP</b>      | 196 – 250% FPL | 143 – 250% FPL | 134 – 250% FPL |

Source: Medicaid and CHIP Payment and Access Commission (MACPAC), MACStats: Medicaid and CHIP Data Book, December 2018, Exhibit 35: "Medicaid and CHIP Income Eligibility Levels as a Percentage of the Federal Poverty Level for Children and Pregnant Women by State, April 2018," also information from the state. Note: Tennessee's Medicaid expansion coverage group is only open to children losing Medicaid eligibility ("rollovers"); the separate CHIP program covers all other enrollees. Eligibility levels do not include the mandatory 5% income disregard.

### Coverage for Pregnant Women

Using CHIP funding, [states can opt](#) to provide coverage for pregnant women and/or services through the "unborn child" coverage option. Tennessee provides coverage up to 250% FPL through the CHIP unborn child option.

### Benefit Package

States that operate Medicaid expansion CHIP programs must follow Medicaid rules, providing all Medicaid-covered benefits to enrolled children, including the Early and Periodic Screening, Diagnostic, and Treatment (EPSDT) services benefit. In separate CHIP programs, states have substantial flexibility in designing CHIP benefit packages within broad federal guidelines.

### Delivery System

Medicaid and the Medicaid expansion CHIP program are managed care programs while the separate CHIP program is a fee-for-service insurance arrangement built around a defined CoverKids provider network of TennCare providers.

## Premiums and Cost Sharing

Within federal parameters, states can set CHIP program premium and cost sharing levels. In total, any family contribution to the cost of coverage cannot exceed 5 percent of family income annually.

### Premiums and selected cost sharing in CoverKids, 2019

| Family Income Level | Premiums | Office Visits | Inpatient Services | Prescription Drugs |
|---------------------|----------|---------------|--------------------|--------------------|
| ≤199% FPL           | None     | \$5           | \$5                | \$1-\$5            |
| 200-250% FPL        | None     | \$15-\$20     | \$100              | \$5-\$40           |

## Strategies to Simplify Enrollment and Renewals in Tennessee

| Strategy                               | Used |
|--|------|
| Use of presumptive eligibility         | No   |
| Use of 12-month continuous eligibility | Yes  |
| Use of express lane eligibility        | No   |
| Premium assistance                     | No   |

For definitions of strategies in this chart, see the Centers for Medicare & Medicaid Services December 2009 State Health Official letter [here](#).

## Other Characteristics of Tennessee's CHIP Program

|  |     |
|--|-----|
| Does Tennessee...  |     |
| Require a waiting period? <sup>1</sup>                               | No  |
| Offer a buy-in option? <sup>2</sup>                                  | No  |
| Cover dependents of public employees?                                | Yes |
| Cover lawfully residing children without a five-year waiting period? | No  |

Source: [Medicaid and CHIP Eligibility, Enrollment, and Cost Sharing Policies as of January 2019: Findings from a 50-State Survey](#). Kaiser Family Foundation and Georgetown University Center for Children and Families.

## Health Services Initiatives

States can develop Health Services Initiatives (HSIs) to improve the health of low-income children and youth by using a portion of their existing CHIP administrative dollars. After covering regular CHIP program administrative costs, states can use any remaining funds – within the 10 percent cap – for an HSI project. The federal share of the HSI project cost is funded at the state's CHIP match rate. States have used HSIs to support poison control centers, school health services, lead abatement efforts, and other unique prevention and intervention projects. Tennessee currently does not have an HSI.

## Quality Measures

States may report on a [core set](#) of quality measures for children. Tennessee reported on 23 measures for federal fiscal year 2018. Among the measures is access to primary care providers, listed below.

### Percentage of children and adolescents visiting a primary care provider, by age (FFY 2018)

|           | 12 – 24 months | 25 months – 6 years | 7 – 11 years | 12 – 19 years |
|-----------|----------------|---------------------|--------------|---------------|
| Tennessee | 91.8%          | 84.5%               | 88.5%        | 85.1%         |

Source: Department of Health and Human Services, 2019 Annual Reporting on the Quality of Care for Children in Medicaid and CHIP, September 2019. The measure is for the percentage of children ages 12 to 24 months and 25 months to 6 years who visited a primary care provider within the past year; and every two years for children ages 7 to 11 years and 12 to 19 years. Note: This includes CHIP data only.

<sup>1</sup> States may implement waiting periods up to 90 days in CHIP. A waiting period is the length of time a child must be uninsured before enrollment in CHIP.

<sup>2</sup> States can allow families with incomes above the upper income eligibility limit to pay the full cost to purchase coverage for their uninsured children through CHIP.

## Aviso sobre la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA)

¿Sabe usted que su Plan, según lo estipula la Ley de Derechos Sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA), proporciona beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, que incluyen todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr la simetría entre los senos, prótesis y las complicaciones resultantes de una mastectomía, incluyendo el linfedema? Llame al administrador del Plan: al [inserte número de teléfono] para obtener más información.

Estos beneficios se suministrarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos suministrados en virtud de este plan. Si desea más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con su administrador del plan en 423-626-2501 x 2580.

## Aviso sobre la ley para la Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (NMHPA)

En virtud de las leyes federales, los emisores de planes de salud de grupo y de seguros de salud generalmente no pueden restringir beneficios pertinentes al tiempo de hospitalización en relación con un parto, para la madre o para el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. Sin embargo, la ley Federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultarlo con la madre, pueda dar el alta hospitalaria a la madre o a su recién nacido antes de transcurridas 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los planes de salud y los emisores no pueden, en virtud de la ley federal, requerir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para recomendar un tiempo de hospitalización que no exceda 48 horas (o 96 horas).

## Aviso general de derechos de continuación de cobertura COBRA

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

#### ***Introducción***

Usted está recibiendo esta notificación porque ha obtenido recientemente la cobertura en virtud de un plan de salud de grupo (el Plan). Este aviso contiene información importante acerca de su derecho a la continuación de cobertura COBRA, la cual es una extensión temporal de la cobertura en virtud del Plan. **Este aviso explica la continuación de cobertura COBRA, cuando puede estar disponible para usted y su familia, y qué necesita usted para proteger su derecho de obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también puede ser elegible para otras opciones de cobertura que pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA.

El derecho a la continuación de cobertura COBRA fue creado por una ley federal: la Ley Omnibus de Reconciliación Presupuestaria Consolidada de 1985 (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act of 1985, COBRA). La continuación de cobertura COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia cuando la cobertura de salud de grupo de otra manera hubiese terminado. Para obtener más información acerca de sus derechos y obligaciones en virtud del Plan y en virtud de la ley federal le recomendamos consultar la descripción resumida de su Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

**Puede haber otras opciones disponibles para usted cuando pierde la cobertura de salud de grupo.** Por ejemplo, puede ser elegible para comprar un plan individual a través del mercado de seguros de salud. Al inscribirse en la cobertura a través del mercado de seguros de salud, puede calificar para menores costos en sus primas mensuales y menores gastos de su propio bolsillo. Además, puede calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud de grupo para el cual usted sea elegible (tal como un plan de su cónyuge), incluso si dicho plan por lo general no acepta inscripciones tardías.

### ***¿Qué es la continuación de cobertura COBRA?***

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura del plan, que de otra manera terminaría, en virtud de un evento de vida. Esto se conoce como un “evento calificado”. Los eventos calificados específicos se enumeran más adelante en este aviso. Después de un evento calificado, la continuación de cobertura COBRA deberá ofrecerse a cada persona que sea un “beneficiario calificado”. Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían ser beneficiarios calificados si se pierde la cobertura en virtud del Plan debido al evento calificado. **Bajo el plan, los beneficiarios calificados que eligen cobertura de continuación de COBRA deben pagar la cobertura de continuación de COBRA.**

Si usted es empleado, será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Se reducen sus horas de empleo, o
- Termina su empleo por alguna razón que no sea por faltas graves.

Si usted es el cónyuge de un empleado, usted será beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece su cónyuge;
- Se reducen las horas de empleo de su cónyuge;
- Termina el empleo del cónyuge por alguna razón que no sea por faltas graves;
- Su cónyuge se vuelve elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas); o
- Usted se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes serán beneficiarios calificados si pierden la cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos calificados:

- Fallece el padre/empleado;
- Se reducen las horas de empleo del padre-empleado;
- Termina el empleo del padre-empleado por cualquier razón que no sea por faltas graves;
- El padre-empleado obtiene elegibilidad para los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas);
- Los padres se divorcian o se separan legalmente; o
- El menor deja de ser elegible para cobertura en virtud del Plan como “hijo dependiente”.

### ***¿Cuándo está disponible la continuación de cobertura COBRA?***

El Plan ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a los beneficiarios calificados únicamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de que se ha producido un evento calificado. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos calificados:

- El cese de empleo o la reducción de horas de empleo;
- Fallecimiento del empleado; o
- El empleado es ahora elegible para recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas).

**Para todos los demás eventos calificados (divorcio o separación legal del empleado y el cónyuge o la pérdida de la elegibilidad de un hijo dependiente para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento calificado. Debe proporcionar este aviso a: Rhonda Johnson HR Manager.**

### ***¿Cómo se proporciona la continuación de cobertura COBRA?***

Una vez que el Administrador del Plan reciba la notificación que ha ocurrido un evento calificado, se ofrecerá la continuación de cobertura COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente para elegir la continuación de cobertura COBRA. Los empleados cubiertos pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus cónyuges, y los padres pueden elegir la continuación de cobertura COBRA en nombre de sus hijos.

La continuación de cobertura COBRA es una continuación de cobertura temporal que dura por lo general 18 meses debido al cese de empleo o a la reducción de horas de trabajo. Algunos eventos calificados, o un segundo evento calificado durante el período inicial de cobertura, pueden permitir a un beneficiario recibir un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay formas en las que este período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA pueda ser prorrogado:

#### ***Prórroga por incapacidad del período de 18 meses de la continuación de cobertura COBRA***

Si usted o alguien en su familia, cubiertos en virtud del Plan, recibe una determinación de incapacidad por parte del Seguro Social y usted lo notifica al Administrador del Plan en forma oportuna, usted y toda su familia pueden tener derecho a obtener hasta 11 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta por un máximo de 29 meses. La incapacidad debe haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la continuación de cobertura Cobra y debe durar al menos hasta el final del período de 18 meses de continuación de cobertura COBRA.

#### ***Segundo evento calificado para la prórroga del período de 18 meses de continuación de cobertura***

Si su familia tiene otro evento calificado durante los 18 meses de la continuación de cobertura COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes en su familia pueden obtener hasta 18 meses adicionales de continuación de cobertura COBRA, hasta un máximo de 36 meses, si el Plan recibe la notificación correspondiente del segundo evento calificado. Esta prórroga puede estar disponible para el cónyuge y para cualesquier hijos dependientes que estén recibiendo la continuación de cobertura COBRA si el empleado o ex empleado fallece, adquiere el derecho a recibir beneficios de Medicare (en virtud de la Parte A, Parte B, o ambas) se divorcia o se separa legalmente; o si el hijo dependiente deja de ser elegible en virtud del Plan como hijo dependiente. Esta prórroga está disponible únicamente si el segundo evento calificado habría provocado que el cónyuge o el hijo dependiente perdiesen la cobertura en virtud del Plan si el primer evento calificado no hubiese ocurrido.

### ***¿Existen otras opciones a parte de la continuación de cobertura COBRA?***

Sí. En vez de inscribirse en la continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros de Salud, Medicare, Medicaid, [el Programa de Seguro de Salud Infantil \(CHIP\)](#), u otras opciones de cobertura de un plan de salud de grupo (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se denomina "período de inscripción especial". Algunas de

estas opciones pueden costar menos que la continuación de cobertura COBRA. Puede conocer más sobre muchas de esas opciones en [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

***¿Puedo inscribirme en Medicare en lugar de continuar la cobertura de COBRA después de que termine la cobertura de mi plan de salud de grupo?***

En general, si no se inscribe en la Parte A o B de Medicare cuando es elegible por primera vez porque todavía está empleado, después del período de inscripción inicial de Medicare, dispone de un período de inscripción especial de 8 meses<sup>1</sup> para inscribirse en la Parte A o B de Medicare, que comienza en la más temprana de las fechas siguientes:

- El mes siguiente a la terminación de su empleo; o
- El mes siguiente a la terminación de la cobertura del plan de salud de grupo basado en el empleo actual.

Si no se inscribe en Medicare y en su lugar elige la continuación de cobertura de COBRA, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte B y además tenga un lapso de cobertura si decide que quiere inscribirse en la Parte B posteriormente. Si elige la continuación de cobertura de COBRA y luego se inscribe en la Parte A o B de Medicare antes de que termine la continuación de cobertura de COBRA, el Plan puede terminar su continuación de cobertura. Sin embargo, si la Parte A o B de Medicare entra en vigor en la fecha de la elección de COBRA o antes, la cobertura COBRA no podrá interrumpirse a causa del derecho a Medicare, incluso si se inscribe en la otra parte de Medicare después de la fecha de la elección de la cobertura COBRA.

Si está inscrito en la continuación de cobertura de COBRA y en Medicare, Medicare generalmente pagará primero (pagador primario) y la continuación de cobertura de COBRA pagará segundo. Ciertos planes pueden pagar como si fueran secundarios a Medicare, incluso si usted no está inscrito en Medicare.

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

***Si tiene preguntas***

Las preguntas respecto a su Plan o a sus derechos de continuación de cobertura COBRA deben dirigirse a la persona o personas de contacto que se identifican más adelante. Para obtener más información acerca de sus derechos en virtud de la Ley de Seguridad de Beneficios de los Empleados (ERISA), incluida la continuación de cobertura COBRA, y la Ley de Protección al Paciente y de Cuidado de Salud de Precio Bajo, y otras leyes que afectan los planes de salud de grupo, comuníquese con la Oficina Regional o de Distrito más cercana de la Labour's Employee Benefits Security Administration (EBSA) del Departamento de Trabajo de EE. UU. en su región o visite [www.dol.gov/agencies/ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa). (Las direcciones y números de teléfonos de las oficinas regionales y de Distrito de EBSA están disponibles a través del sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov).

***Mantenga informado a su Plan sobre los cambios de dirección***

Con el fin de proteger los derechos de su familia, comuníquese al Administrador del Plan cualquier cambio en las direcciones de sus familiares. Además, le sugerimos conservar una copia, para sus registros, de cualesquier avisos que usted envíe al Administrador del Plan.

***Información de contactos del Plan***

Rhonda Johnson, 6104 Preservation Drive Chattanooga Tennessee, 37416, 423-626-2501 x 258

---

<sup>1</sup> <https://www.medicare.gov/basics/get-started-with-medicare/sign-up/when-does-medicare-coverage-start> Estas reglas son diferentes para las personas con enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease (ESRD)).





# Cobertura del Mercado de Seguros Médicos Opciones y su cobertura de salud

Formulario aprobado  
OMB n.º 1210-0149  
(vence el 31 de diciembre de 2026)

## PARTE A: Información general

Incluso si le ofrecen cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos ("Mercado"). Para ayudarlo a evaluar opciones para usted y su familia, este aviso proporciona cierta información básica sobre el Mercado de Seguros Médicos.

### ¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?

El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único de compra" para encontrar y comparar opciones de seguros médicos privados en su área geográfica.

### ¿Puedo ahorrar dinero en las primas de mi seguro médico en el Mercado?

Es posible que califique para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros costos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura o si ofrece cobertura que no se considera asequible para usted y no cumple con ciertas normas de valor mínimo (que se analizan a continuación). Los ahorros en su prima, para los que es elegible, dependen de los ingresos de su hogar. También puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

### ¿La cobertura de salud basada en el empleo afecta la elegibilidad para recibir ahorros en primas a través del Mercado?

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que se considera asequible para usted y cumple con ciertas normas de valor mínimo, no será elegible para un crédito fiscal o pago por adelantado del crédito fiscal para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en su empleo. Sin embargo, usted puede ser elegible para un crédito fiscal y pagos por adelantado del crédito, que reducen su prima mensual, o una reducción en ciertos costos compartidos, si su empleador no le ofrece cobertura alguna o no le ofrece cobertura que se considera asequible para usted o cumple con las normas de valor mínimo. Si su participación del costo de la prima de todos los planes que se le ofrecen a través de su empleo es más del 9.12 %<sup>1</sup> de su ingreso familiar anual, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con la norma de "valor mínimo" establecida por la Ley de Cuidado de la Salud a Bajo Precio, puede ser elegible para un crédito fiscal y el pago por adelantado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los miembros de la familia del empleado, la cobertura se considera asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.12 % de los ingresos del hogar del empleado.<sup>12</sup>

Nota: si compra un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, entonces puede perder el acceso a todo lo que el empleador contribuya a la cobertura basada en el empleo. Además, esta contribución del empleador, así como su contribución de empleado a la cobertura basada en el empleo, generalmente se excluye de los ingresos para efectos del impuesto sobre la renta federal y estatal. Sus pagos de cobertura a través del Mercado se realizan después de impuestos. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con las normas de asequibilidad o valor mínimo, pero acepta esa cobertura de todos modos, no será elegible para un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores al determinar si debe comprar un plan de salud a través del Mercado.

<sup>1</sup> Indexado anualmente; consulte <https://www.irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf> para 2023.

<sup>2</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con la "norma de valor mínimo" si la participación del plan en los costos totales de beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60 por ciento de dichos costos. A los efectos de la elegibilidad para el crédito fiscal para la prima, para cumplir con la "norma de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos para pacientes hospitalizados.

## ¿Cuándo puedo inscribirme en una cobertura de seguro médico a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro médico del Mercado durante el Período de Inscripción Abierta anual del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa al menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del Período de Inscripción Abierta anual, puede inscribirse en un seguro médico si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida calificativos, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Dependiendo de su tipo de Período de Inscripción Especial, es posible que tenga 60 días antes o 60 días después del evento de vida calificativo para inscribirse en un plan del Mercado.

También existe un Período de Inscripción Especial del Mercado para personas y sus familias que pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP, por sus siglas en inglés) a partir del 31 de marzo de 2023 hasta el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia de salud pública del COVID-19 a nivel nacional, las agencias estatales de Medicaid y CHIP generalmente no han cancelado la inscripción de ningún beneficiario de Medicaid o CHIP que estuviera inscrito a partir del 18 de marzo de 2020 hasta el 31 de marzo de 2023. A medida que las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanuden las prácticas habituales de elegibilidad e inscripción, es posible que muchas personas ya no sean elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP a partir del 31 de marzo de 2023. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. ofrece un período temporal de Inscripción Especial en el Mercado para permitir que estas personas se inscriban en la cobertura del Mercado.

Las personas elegibles para el Mercado que viven en estados atendidos por HealthCare.gov y que envían una nueva solicitud o actualizan una solicitud existente en HealthCare.gov entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, y dan fe de una fecha de terminación de la cobertura de Medicaid o CHIP dentro del mismo período, son elegibles para un Período de Inscripción Especial de 60 días. Eso significa que, si pierde la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024, es posible que pueda inscribirse en la cobertura del Mercado dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP. Además, si usted o los miembros de su familia están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante asegurarse de que su información de contacto esté actualizada para asegurarse de recibir cualquier información sobre los cambios en su elegibilidad. Para obtener más información, visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) o llame al Centro de Llamadas del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

## ¿Qué pasa con las alternativas a la cobertura de seguro médico del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), usted o su familia también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o las personas a su cargo estaban inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Generalmente, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, puede solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o con su plan de salud basado en el empleo.

Alternativamente, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento completando una solicitud a través del Mercado o solicitando directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite <https://www.healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/> para obtener más detalles.

## ¿Cómo puedo obtener más información?

El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para cobertura a través del Mercado y su costo. Visite [HealthCare.gov](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, incluida una solicitud en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.



# PARTE B: Información sobre la cobertura de salud ofrecida por su empleador

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura de salud ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada según la solicitud del Mercado.

|   |                        |   |  |
|---|------------------------|---|--|
| 3. Nombre del Empleador<br><b>Goodwill Industries of Greater Chattanooga Area</b> |                        | 4. Número de identificación patronal (EIN)<br><b>62-0544853</b>         |  |
| 5. Dirección del Empleador<br><b>6104 Preservation Drive</b>                      |                        | 6. Número de teléfono del empleador<br><b>423-629-2501</b>              |  |
| 7. Ciudad<br><b>Chattanooga</b>   | 8. Estado<br><b>FL</b> | 9. Código postal<br><b>37416</b>  |  |
| Rhonda Johnson Human Resources Manager  |                        |   |  |
| 10. ¿A quién podemos contactar en este trabajo?                                   |                        |   |  |
| 11. Número de teléfono (si es diferente al anterior)<br><b>423-629-2501 X2580</b> |                        | 12. Dirección de correo electrónico<br><b>rhondaj@goodwillchatt.org</b> |  |

Usted no es elegible para cobertura de seguro médico a través de este empleador. Es posible que usted y su familia puedan obtener cobertura de salud a través del Mercado, con un nuevo tipo de crédito fiscal que reduce sus primas mensuales y con asistencia para los costos de bolsillo.



# SUS DERECHOS BAJO USERRA

## EL ACTA DE DERECHOS DE EMPLEO Y REEMPLIO DE LOS SERVICIOS UNIFORMADOS (USERRA)

USERRA protege los derechos de trabajo de las personas que voluntaria o involuntariamente dejan sus empleos para integrarse al servicio uniformado o a ciertos tipos de servicio en el Sistema Médico Nacional de Desastres. USERRA también prohíbe la discriminación, por parte de los empleadores contra los miembros actuales, ex-miembros, y candidatos de los servicios uniformados.

### DERECHOS DE REEMPLIO

Usted tiene derecho a ser reemplazado en su trabajo civil si lo deja para cumplir servicio en el servicio uniformado y:

- ☆ Usted se asegura que su empleador reciba por adelantado un aviso por escrito o verbal de su servicio;
- ☆ Usted tiene cinco años o menos de servicio acumulativo en las fuerzas uniformadas mientras está con ese empleador;
- ☆ Usted regresa a su trabajo o solicita ser reemplazado dentro de un margen de tiempo adecuado después de la conclusión de su servicio; y
- ☆ Usted no ha sido separado del servicio con una baja que lo descalifique o haberse retirado de cualquier otra forma que no sea en condiciones honorables.

Si Usted es elegible para ser reemplazado, debe ser reposicionado en el puesto y con los beneficios que Usted habría tenido si no hubiera estado ausente debido al servicio uniformado, o en ciertos casos, un puesto equivalente.

### DERECHO A SER LIBRE DE DISCRIMINACION Y REPRESALIAS

Si Usted:

- ☆ Es un ex-miembro o un miembro actual de los servicios uniformados;
- ☆ Ha solicitado pertenecer al servicio uniformado; o,
- ☆ Se encuentra obligado a servir en los servicios uniformados;

entonces, el empleador no puede negar alguno de los siguientes;

- ☆ empleo inicial;
- ☆ reemplazo;
- ☆ permanecer en el empleo;
- ☆ ascenso; o,
- ☆ cualquier beneficio de empleo, debido a este estado.

Además, un empleador no puede tomar represalias en contra de cualquier persona que este ayudando a la aplicación de los derechos de USERRA, incluyendo el testificar o hacer una declaración en conexión con un procedimiento bajo USERRA; aún si esa persona no tiene ninguna conexión con el servicio.

### PROTECCION DEL SEGURO DE SALUD

- ☆ Si Usted deja su empleo para realizar servicio uniformado, tiene derecho a elegir continuar con el plan de cobertura médica proporcionado por su empleador existente para Usted y sus dependientes, por hasta 24 meses mientras se encuentre en el servicio uniformado.
- ☆ Aún si Usted elige no continuar con su cobertura médica durante su servicio uniformado, Usted tiene derecho a ser readmitido en su plan de cobertura médica proporcionado por el empleador al ser reemplazado; generalmente, sin ningún periodo de espera o exclusiones (por ejemplo: exclusiones de condiciones pre-existent), excepto por alguna lesión o enfermedad relacionada al servicio.

### CUMPLIMIENTO

- ☆ El Servicio de Empleo y Capacitación de Veteranos (VETS, por sus siglas en inglés) del Departamento del Trabajo de los EE.UU. está autorizado a investigar y resolver reclamos sobre violaciones de USERRA.
- ☆ Si necesita ayuda para enviar una reclamación, o si necesita cualquier otra información sobre USERRA, contáctese con VETS al 1-866-4-USA-DOL o visite el sitio de internet <https://www.dol.gov/agencies/vets/>. Puede contactar a un ayudante interactivo de USERRA a través del internet en <https://webapps.dol.gov/elaws/vets/userra>.
- ☆ Si envía una reclamación a VETS y VETS no puede resolverla, Usted puede solicitar que su caso sea referido al Departamento de Justicia de los EE.UU. o, a la Oficina de Asesoramiento Especial (Office of Special Counsel), para representación según corresponda.
- ☆ También, puede omitir el proceso por la vía de VETS y aplicar una acción civil en contra del empleador por violaciones de USERRA.

Los derechos que se presentan aquí pueden variar dependiendo de las circunstancias. El texto de este aviso fue preparado por VETS, y puede ser visto en la Internet en la siguiente dirección: <http://www.dol.gov/vets/programs/userra/poster>. La ley federal requiere que los empleadores informen a los empleados sobre sus derechos bajo USERRA. Los empleadores pueden cumplir con estos requisitos al poner este aviso donde usualmente se colocan los anuncios para los empleados.



U.S. Department of Labor  
1-866-487-2365



U.S. Department of Justice



Office of Special Counsel



1-800-336-4590

Publication Date —

# Fact Sheet



U.S. Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration

## The Genetic Information Nondiscrimination Act (GINA)

The Genetic Information Nondiscrimination Act of 2008 (GINA) prohibits discrimination in group health plan coverage based on genetic information.

**Builds on HIPAA's protections.** GINA expands the genetic information protections included in the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA). Before the Affordable Care Act, HIPAA prevented a plan or issuer from imposing a preexisting condition exclusion based solely on genetic information. Under the Affordable Care Act, plans are prohibited from excluding coverage or benefits due to any preexisting condition. HIPAA continues to prohibit discrimination in eligibility, benefits, or premiums based on a health factor (including genetic information).

**Additional underwriting protections.** GINA provides that group health plans cannot adjust premiums or contribution amounts for a plan, or a group of similarly situated individuals under the plan, based on genetic information of one or more individuals in the group. (However, premiums may be increased for the group based upon the manifestation of a disease or disorder of an individual enrolled in the plan.)

**Prohibits requiring genetic testing.** GINA generally prohibits plans and issuers from requesting or requiring an individual to undergo a genetic test. However, a health care professional providing health care services to an individual is permitted to request a genetic test. A plan or issuer may request the results of a genetic test to determine payment of a claim for benefits, but only the minimum amount of information necessary in order to determine payment. There is also a research exception that permits a plan or issuer under certain conditions to request (but not require) that a participant or beneficiary undergo a genetic test.

**Restricts collection of genetic information.** GINA prohibits plans from collecting genetic information (including family medical history) from an individual prior to or in connection with enrollment in the plan, or at any time for underwriting purposes. Thus, under GINA, plans and issuers are generally prohibited from offering rewards in return for the provision of genetic information, including family medical history information collected as part of a Health Risk Assessment (HRA).

GINA includes an exception for incidental collection of genetic information, provided the information is not used for underwriting purposes. However, the GINA regulations make clear that the incidental collection exception is not available if it is reasonable for the plan or issuer to anticipate that health information will be received in response to a collection, unless the collection explicitly states that genetic information should not be provided.

**Other protections.** GINA also contains individual insurance market provisions, administered by the Department of Health and Human Services' Centers for Medicare & Medicaid Services, privacy and confidentiality provisions, administered by the Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights, and employment-related provisions, administered by the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

For more information, see the [\*\*Frequently Asked Questions Regarding the Genetic Information Nondiscrimination Act\*\*](#) on the EBSA Website.

*(Only applicable to group health plans that offer specific coverage for dependents beyond age 26 or plans that cover dependents other than those defined by the IRS (such as grandchildren). Please review your Summary Plan Description for eligibility information.)*

### **Aviso de la ley de Michelle**

***Plan Administrator Note: This notice must be provided with any notice regarding a requirement for certification of student status for coverage under the plan.***

**Nota:** De conformidad con la Ley de Michelle, se le proporciona el siguiente aviso porque el plan de salud grupal brinda cobertura para dependientes más allá de los 26 años y basa la elegibilidad para dicha cobertura de dependiente en el estado de estudiante. Revise la siguiente información con respecto a los derechos de su hijo dependiente bajo el plan en caso de que se pierda el estatus de estudiante.

Cuando un hijo dependiente pierde el estatus de estudiante a los efectos de la cobertura del plan de salud grupal del empleador como resultado de una licencia médicamente necesaria de una institución educativa postsecundaria, el plan de salud grupal del empleador continuará brindando cobertura durante la licencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine bajo el plan de salud grupal del empleador, lo que ocurra primero.

Para ser elegible para continuar la cobertura como dependiente durante dicha licencia:

- El plan de salud grupal del empleador debe recibir una certificación por escrito de un médico tratante del hijo dependiente que indique que el niño sufre una enfermedad o lesión grave y que la licencia (u otro cambio de inscripción) es médicamente necesaria; y
- Otras condiciones de elegibilidad como se describe en la Descripción resumida del plan.

Para obtener información adicional, comuníquese con el administrador de su plan.

# FAQs for Employees about the Mental Health Parity and Addiction Equity Act



U.S. Department of Labor  
Employee Benefits Security Administration  
May 18, 2012

*The Mental Health Parity and Addiction Equity Act of 2008 (MHPAEA) was signed into law on October 3, 2008 and became effective for plan years beginning on or after October 3, 2009. MHPAEA greatly expands on an earlier law, the Mental Health Parity Act of 1996 (MHPA '96). On February 2, 2010 the Departments of Health and Human Services, Labor and the Treasury jointly issued interim final regulations implementing MHPAEA, which became applicable for plan years beginning on or after July 1, 2010.*

*MHPAEA generally applies to group health plans and health insurance issuers that provide coverage for either mental health or substance use disorder benefits and medical/surgical benefits. These FAQs provide basic information about the important protections MHPAEA provides with respect to parity in coverage of mental health and substance use disorder benefits and medical/surgical benefits provided by employment-based group health plans.*

## **Q1: What new protections does MHPAEA provide for participants and beneficiaries?**

**A1:** MHPA '96 required parity with respect to aggregate lifetime and annual dollar limits for mental health benefits. MHPAEA expands those provisions to include substance use disorder benefits. Thus, under MHPAEA group health plans and issuers may not impose a lifetime or annual dollar limit on mental health or substance use disorder benefits that is lower than the lifetime or annual dollar limit imposed on medical/surgical benefits.

MHPAEA also requires group health plans and health insurance issuers to ensure that financial requirements (such as copays and deductibles), and quantitative treatment limitations (such as visit limits), applicable to mental health or substance use disorder benefits are generally no more restrictive than the requirements or limitations applied to medical/surgical benefits. The MHPAEA regulations also require plans and issuers to ensure parity with respect to nonquantitative treatment limitations (such as medical management standards).

## **Q2: Can group health plans still apply financial requirements and treatment limitations, such as copays or visit limits on mental health and substance use disorder benefits?**

**A2:** Generally, yes. Group health plans and issuers may still apply financial requirements and treatment limitations with respect to mental health and substance use disorder benefits; however, they must do so in accordance with the requirements under MHPAEA.

There is a test for determining whether a financial requirement or treatment limitation for mental health or substance use disorder benefits is permissible. The general rule is that a plan may not impose a financial requirement or quantitative treatment limitation

applicable to mental health or substance use disorder benefits in any classification that is more restrictive than the predominant financial requirement or quantitative limitation of that type applied to substantially all medical/surgical benefits in the same classification. How to apply this test is discussed in more detail in the following FAQs. You can always contact the Department of Labor at [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) or 1-866-444-3272 if you have questions about your mental health or substance use disorder benefits under your employment-based group health plan.

**Q3: What is a financial requirement or quantitative treatment limitation?**

**A3:** The most common types of financial requirements include deductibles, copays, coinsurance, and out-of-pocket maximums. Types of quantitative treatment limitations include annual, episode, and lifetime day and visit limits, for example, number of treatments, visits, or days of coverage. These are just examples, therefore, you could find a type of financial requirement and quantitative treatment limitations that is not specifically listed here.

**Q4: The test for determining parity refers to *levels* of types of financial requirements or treatment limitations. What is a *level* of a type of financial requirement or treatment limitation?**

**A4:** The *level* of a type of financial requirement or treatment limitation refers to the magnitude of the type of financial requirement or treatment limitation. For example, different levels of coinsurance include 20% and 30%, different levels of copays include \$15 and \$20, or different levels of an episode limit include 21 inpatient days per episode and 30 inpatient days per episode.

**Q5: How can I determine if a financial requirement or quantitative treatment limitation applicable to mental health and substance use disorder benefits is permissible?**

**A5:** To determine if a quantitative financial requirement (such as a copay) or quantitative treatment limitation (such as a visit limit) is permissible, the parity analysis must be applied for that type of financial requirement or treatment limitation within a coverage unit for each of the six classifications of benefits separately. A coverage unit refers to the way in which a plan groups individuals for purposes of determining benefits, or premiums or contributions (for example, self-only, family, employee plus spouse). Under MHPAEA, the six classifications of benefits<sup>1</sup> are:

- 1) Inpatient in-network;
- 2) Inpatient out-of-network;
- 3) Outpatient in-network;
- 4) Outpatient out-of-network;
- 5) Emergency care;
- 6) Prescription drugs.

---

<sup>1</sup> For more information regarding the outpatient in-network and outpatient out-of-network classifications, see the FAQ at: <http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq-mhpaea.html>.



If a *type* of financial requirement or quantitative treatment limitation applies to substantially all medical/surgical benefits in a classification (for example, if a copay applies to substantially all medical/surgical benefits), then it may be permissible for that requirement or limitation (the copay) to apply to mental health or substance use disorder benefits. Generally, a financial requirement or treatment limitation is considered to apply to substantially all medical/surgical benefits if it applies to two-thirds or more of the medical/surgical benefits for the same classification and coverage unit. This two-thirds calculation is based on the dollar amount of all plan payments for medical/surgical benefits expected to be paid for the year (or portion of the plan year after a change in plan benefits that affects the applicability of the financial requirement or quantitative treatment limitation).

The predominant *level* of a type of requirement or limitation applicable to medical/surgical benefits within a classification is the most restrictive level of the requirement or limitation that can be imposed on mental health or substance use disorder benefits within that classification. There is a detailed test for determining the predominant level which is discussed in the next FAQ. If, for example, for self-only coverage a \$10 copay is the predominant level of copay that applies to substantially all inpatient in-network medical/surgical benefits, that is the most restrictive copay that can apply to inpatient in-network mental health or substance use disorder benefits. With respect to the prescription drug classification, there is a special rule for multi-tiered prescription drug benefits.<sup>2</sup>

The analysis may be complicated depending on your plan's design. If you are not sure if the requirements or limitations that apply to your mental health or substance use disorder benefits are permissible, contact the Department of Labor at [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) or 1-866-444-3272.

**Q6: If as determined under MHPAEA, it is permissible for my plan to impose a copay on my inpatient, in-network mental health or substance use disorder benefits, is there any restriction on the amount of copay that can apply?**

**A6:** Yes. The predominant level of a type of requirement or limitation applicable to medical/surgical benefits within a classification is the most restrictive level of the requirement or limitation that can be imposed on mental health or substance use disorder benefits within that classification.

Generally, the predominant level will apply to more than one-half of the medical/surgical benefits in that classification subject to the requirement or limitation. If there is no single level that applies to more than one-half of medical/surgical benefits in the classification, the plan can combine levels until the combination of levels applies to more than one-half of medical/surgical benefits subject to the requirement or limitation in the classification.<sup>3</sup> The least restrictive level within the combination is considered the predominant level. The determination of the portion of medical/surgical benefits in a classification subject to a financial requirement or treatment limitation is based on the dollar amount of all plan

---

<sup>2</sup> See 29 CFR 2590.712(c)(3)(iii).

<sup>3</sup> For this purpose the plan may combine the most restrictive levels first, with each less restrictive level added to the combination until the combination applies to more than one-half of the benefits subject to the financial requirement or treatment limitation.



payments for medical/surgical benefits in the classification expected to be paid under the plan for the plan year.

The analysis may be complicated depending on your plan's design. If you are not sure if the requirements or limitations that apply to your mental health or substance use disorder benefits are permissible, contact the Department of Labor at [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) or 1-866-444-3272.

**Q7: Can my plan impose a higher “specialist” financial requirement with respect to mental health and substance use disorder benefits?**

**A7:** A plan may not create sub-classifications for generalists and specialists to determine separate predominant financial requirements and treatment limitations that apply to substantially all medical/surgical benefits. However, if the predominant level of a type of financial requirement that applies to substantially all medical/surgical benefits in a classification is the one charged for a medical/surgical specialist, then that “specialist” financial requirement can be applied for all mental health or substance use disorder benefits within that classification. On the other hand, if the predominant level of a type of financial requirement that applies to substantially all medical/surgical benefits in a classification is the one charged for a medical/surgical generalist, then the financial requirement charged for all mental health or substance use disorder benefits within that classification cannot be higher than the “generalist” financial requirement for medical/surgical benefits.

**Q8: If a plan previously had separate deductibles for medical/surgical benefits and mental health or substance use disorder benefits, how should those deductibles be combined now?**

**A8:** While plans can no longer have separate deductibles, they do have flexibility in how they choose to combine these deductibles. For example, if a plan previously had a \$500 deductible on medical/surgical benefits, and a \$500 deductible on mental health or substance use disorder benefits, the plan could now choose to have a combined \$750 deductible for all benefits. As long as there is no separate deductible that applies only to mental health or substance use disorder benefits, the plan can set the combined deductible at whatever amount it chooses.

**Q9: What are nonquantitative treatment limitations?**

**A9:** Nonquantitative treatment limitations include: medical management standards limiting or excluding benefits based on medical necessity or medical appropriateness, or based on whether the treatment is experimental or investigative; formulary design for prescription drugs; standards for provider admission to participate in a network, including reimbursement rates; plan methods for determining usual, customary, and reasonable charges; refusal to pay for higher-cost therapies until it can be shown that a lower-cost therapy is not effective (also known as fail-first policies or step therapy protocols); and exclusions based on failure to complete a course of treatment. This is an illustrative, non-exhaustive list.

**Q10: How does MHPAEA provide for parity with respect to nonquantitative treatment limitations?**

**A10:** Under MHPAEA, a plan may not impose a nonquantitative treatment limitation with respect to mental health or substance use disorder benefits in any classification (such as inpatient, out-of-network) unless under the terms of the plan as written and in operation, any processes, strategies, evidentiary standards, or other factors used in applying the limitation to mental health or substance use disorder benefits in the classification are comparable to and applied no more stringently than the processes, strategies, evidentiary standards or other factors used in applying the limitation with respect to medical/surgical benefits in the classification, except to the extent that recognized clinically appropriate standards of care may permit a difference.

**Q11: My mental health benefits were denied. What information am I entitled to receive from my plan under MHPAEA?**

**A11:** Under MHPAEA, the criteria for medical necessity determinations made under a group health plan (or health insurance coverage offered in connection with the plan) with respect to mental health or substance use disorder benefits must be made available by the plan administrator or the health insurance issuer to any current or potential participant, beneficiary, or contracting provider upon request. In addition, under the Employee Retirement Income Security Act (ERISA), documents with information on the medical necessity criteria for both medical/surgical benefits and mental health or substance use disorder benefits are plan documents, and copies must be furnished within 30 days of your request.<sup>4</sup> Additionally, the individual (or a provider or other individual acting as a patient's authorized representative) may request these documents consistent with the Department of Labor claims procedure regulation (and, if the plan is a non-grandfathered health plan, the external review requirements added by the Patient Protection and Affordable Care Act would apply).<sup>5</sup>

**Q12: Are there plans that are exempt from MHPAEA?**

**A12:** Yes. While MHPAEA applies to most employment-based group health coverage, there are a few important exceptions. Specifically, MHPAEA does not apply to small employers who have fewer than 51 employees.<sup>6</sup> There is also an increased cost exception available to plans that follow guidance issued by the Departments.<sup>7</sup> Additionally, plans for State and local government employees that are self-insured may opt-out of MHPAEA's requirements if certain administrative steps are taken (such as sending notice to enrollees).<sup>8</sup> Finally, MHPAEA does not apply to retiree-only plans.<sup>9</sup>

---

<sup>4</sup> See 29 U.S.C.1024(b)(4), 1132(c)(1).

<sup>5</sup> See 29 CFR 2560.503-1 and 2590.715-2719. See also [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) for consumer information on internal claims and appeals, external review of health plan decisions, and grandfathered health plans under the Patient Protection and Affordable Care Act.

<sup>6</sup> For more information on the small employer exception, see Q8 of the FAQs available at <http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq-aca5.html>.

<sup>7</sup> For more information on MHPAEA's increased cost exemption, see Q11 of the FAQs available at <http://www.dol.gov/ebsa/faqs/faq-aca5.html>.

<sup>8</sup> If you are an employee of a State or local government and would like to know if your employment-based plan has opted out, contact HHS at 877-267-2323, ext. 61565 or at [phig@cms.hhs.gov](mailto:phig@cms.hhs.gov).

<sup>9</sup> See 75 FR 34538 at 34539 (June 17, 2010) for more information on special rules for retiree-only plans.

**Q13: Who enforces MHPAEA?**

**A13:** The Departments of Labor, the Treasury, and Health and Human Services, as well as the States, all have important roles with respect to MHPAEA implementation. The Departments are working with plans, issuers, and their service providers to help them understand and come into compliance with MHPAEA and to ensure participants and beneficiaries receive the benefits they are entitled to under the law.

Employees with questions about MHPAEA, including complaints about compliance by their employment-based group health plans, can contact the Department of Labor at [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) or 1-866-444-3272. The Department of Labor will work with the other Federal Departments and the States, as appropriate, to ensure MHPAEA violations are corrected.

**Q14: Where can I find more information about the protections available under MHPAEA?**

**A14:** Additional information and FAQs regarding MHPAEA are available on the Department of Labor's MHPAEA webpage at [www.dol.gov/ebsa/mentalhealthparity](http://www.dol.gov/ebsa/mentalhealthparity). You may also contact a benefit advisor in one of our regional offices at [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) or by calling toll free 1-866-444-3272.