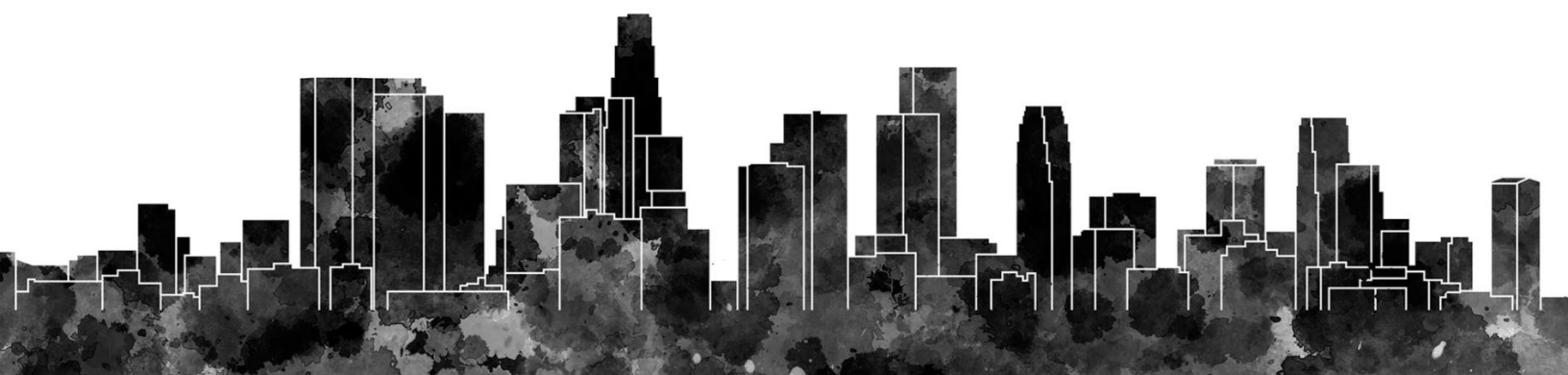




2022
Inscripción abierta
Guía de beneficios
Empleados de taller de Phoenix



BANKER STEEL



Graywolf

MILCO
NATIONAL
CONSTRUCTORS



Bienvenida

Como empresa, reconocemos que nuestros activos más valiosos son ustedes: nuestros empleados. Sabemos que son la columna vertebral de nuestra organización y que trabajan muy duro cada día, a menudo en entornos complicados. Sabemos que este último año fue especialmente difícil con muchos nuevos obstáculos por superar. También sabemos que puede elegir dónde trabajar y queremos que esa elección sea un poco más fácil.

Teniendo eso en cuenta, fue importante para mí que desarrolláramos opciones de planes de beneficios que brinden opciones sólidas de atención médica para usted y su familia. También quería darles el mismo plan a través de nuestra familia de empresas y estoy entusiasmado por compartir que hemos armonizado algunos de nuestros beneficios. Esto quiere decir que estaremos ofreciendo los mismos planes de beneficios a empleados en DBMG, Schuff Steel, Aitken, Gray Wolf y DBM Vircon (ubicaciones domésticas). Hemos recibido sus comentarios y confiamos en que las opciones de planes de beneficios médicos, oportunidades de coberturas voluntarias y nuevas adiciones les servirán a usted y a su familia.

Estos son algunos cambios clave:

- Tres opciones de plan médico, incluido un plan de salud de deducible alto (consulte la página 9 para ver los detalles del plan).
- Cuenta de ahorros de salud
- Cuentas de gastos flexibles (para cuidado de dependientes y para la atención médica)
- Seguro para mascotas

Seguiremos ofreciendo una cobertura dental y de visión generosa así como seguro de vida básico y por incapacidad pago por la empresa para los empleados. Aún podrá adquirir cobertura adicional, como el seguro de vida voluntario o para el cónyuge también. Reconocemos que este es un cambio en la empresa prestadora para nuestros empleados de GrayWolf, pero nos entusiasman los beneficios mejorados que vienen aparejados con este cambio.

Este año nuestro proceso de inscripción es pasivo, lo cual quiere decir que sus elecciones se trasladarán adelante y usted automáticamente quedará inscrito en el plan más cercano a su plan actual. Tenga en cuenta que debe inscribirse en la Cuenta de ahorros de salud y en la Cuentas de gastos flexibles ya que la inscripción en estos planes no se puede trasladar. Todos los empleados se inscribirán y harán cambios a los beneficios usando las mismas plataformas que se usaron el año pasado.

Para cerrar, quiero agradecerles por su continua dedicación y perseverancia. Tenemos a los mejores de la industria, y me enorgullece trabajar con cada uno de ustedes.

Todo lo mejor,

Rustin

Descripción general de los beneficios

DBMG se compromete a brindarle un programa integral de beneficios. Es por esa razón que una gran parte de su prima mensual la paga la empresa y usted comparte el costo para otras, como se muestra a continuación:

Beneficio	Quién paga	Tratamiento fiscal
Cobertura médica	DBMG y usted	Previo a la deducción de impuestos
Cobertura dental	DBMG y usted	Previo a la deducción de impuestos
Cobertura de visión	Usted	Previo a la deducción de impuestos
¡NUEVO! Cuenta de ahorros de salud	Usted	Previo a la deducción de impuestos
Básico de vida y AD&D	DBMG	N/C
De vida y AD&D voluntario	Usted	Previo a la deducción de impuestos
Seguro por incapacidad a corto plazo (STD)	DBMG	N/C
Seguro por incapacidad a corto plazo voluntario	Usted	Posterior a la deducción de impuestos
Seguro por incapacidad a largo plazo (LTD)	Usted	Posterior a la deducción de impuestos
Cobertura auxiliar (accidentes y enfermedad crítica)	Usted	Previo a la deducción de impuestos
¡NUEVO! Cuenta de gastos flexibles para la atención médica	Usted	Previo a la deducción de impuestos
¡NUEVO! Cuenta de gastos flexibles limitada	Usted	Previo a la deducción de impuestos
Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes	Usted	Previo a la deducción de impuestos
Seguro por accidentes en viajes de negocios	DBMG	N/C
Protección contra el robo de identidad y crédito de InfoArmor	Usted	Posterior a la deducción de impuestos
¡NUEVO! Seguro para mascotas	Usted	Posterior a la deducción de impuestos

Acerca de esta guía.

Esta guía brinda aspectos destacados de sus beneficios. El plan oficial y los documentos del seguro rigen sus derechos y beneficios conforme a cada plan. Para obtener más detalles sobre sus beneficios, como gastos cubiertos, exclusiones y limitaciones, consulte las descripciones resumidas de plan individual (SPD), el documento del plan o el certificado de cobertura de cada plan. Si existe alguna discrepancia entre esta guía y los documentos oficiales, los documentos oficiales prevalecerán.

Aviso de la parte D de Medicare.

Si usted o sus dependientes tienen Medicare o se volverán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal les da más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte sus avisos anuales para obtener más detalles.

Instrucciones de inscripción abierta

**FECHAS DE INSCRIPCIÓN ABIERTA:
1 de noviembre al 12 de noviembre**

¡BUENAS NOTICIAS! La inscripción abierta de este año será una inscripción abierta pasiva, lo cual quiere decir que usted **NO** tendrá que reinscribirse en los beneficios. Automáticamente se lo inscribirá en el plan de UnitedHealthcare que más coincida con su plan actual. Para la mayoría de ustedes, eso quiere decir que los beneficios permanecerán similares a los que tiene hoy. Solo tendrá que tomar una medida para los siguientes puntos:

- Va a elegir cobertura médica, dental o de visión por **primera vez**.
- Va a hacer un **cambio** a su selección de plan médico, dental o de visión.
- Va a **agregar**, quitar o cambiar dependientes.
- Va a **dejar** la cobertura médica, dental o de visión.
- Se va a inscribir en el ***NUEVO plan de salud con deducible alto*** y elegir abrir una cuenta de ahorros de salud.
- Está interesado en inscribirse o hacer un **cambio** en la cobertura auxiliar (accidente o enfermedad crítica).
- Está interesado en **inscribirse** o **hacer un cambio** a sus elecciones anuales de cuentas de gastos flexibles
 - DBMG ofrecerá una cuenta de gastos flexibles limitada así como una cuentas de gastos flexibles para la atención médica para 2022
- Está interesado en inscribirse en el seguro de vida voluntario, seguro por incapacidad a corto plazo voluntario y el seguro por incapacidad a largo plazo voluntario. *Estos beneficios no son beneficios de inscripción abierta.* Cualquiera que no se inscribió cuando fue elegible por primera vez quedará sujeto a una evaluación médica (evidencia de asegurabilidad) y se le puede negar la cobertura.
- Necesita actualizar el beneficiario de su seguro de vida.

Cómo inscribirse en línea

Si necesita tomar una medida en la inscripción de este año, asegúrese de visitar Paycom a través de su computadora o teléfono inteligente. Paycom es el portal para su información de beneficios que incluye descripciones resumidas del plan, resumen de coberturas de beneficios y le permite hacer elecciones de beneficios.

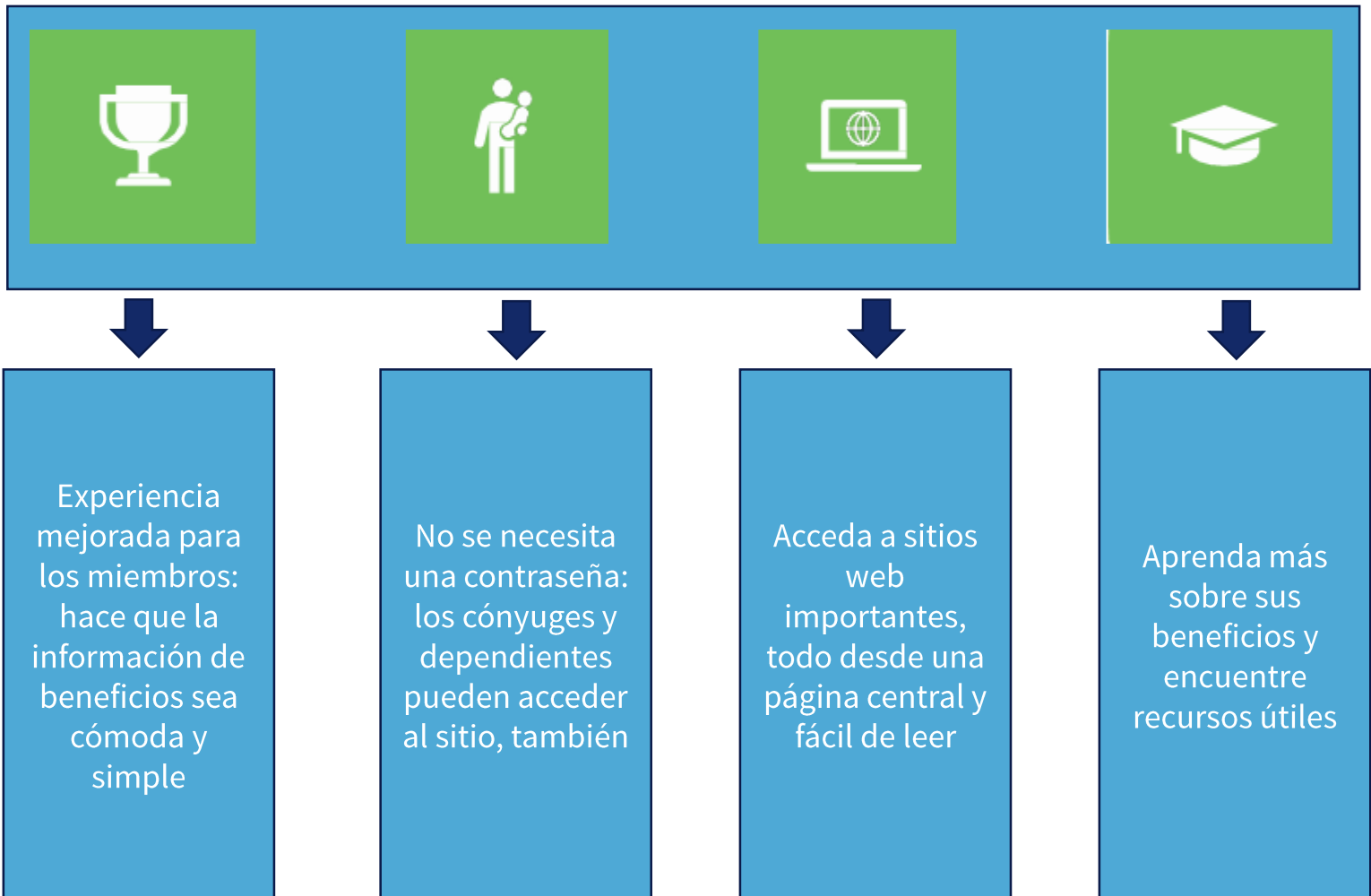
INSCRIBIRSE

1. Inicie sesión en la aplicación de Paycom. Desde el Centro de notificaciones en la sección de Beneficios, haga clic en la Inscripción de beneficios del año actual.
2. Revise las instrucciones iniciales y haga clic en “Start Enrollment” (Iniciara inscripción). Después, ingrese su información personal y de cualquier dependiente o beneficiario.
3. Después de leer cada plan de beneficios, elija su cobertura y después decida si se inscribe o la rechaza.
4. Para completar la inscripción, haga clic en “Finalize” (Finalizar), después en “Sign and Submit” (Firmar y enviar).



LiveWise

Lo alentamos a revisar nuestro sitio web de beneficios en <http://LiveWise.Info>. Este sitio se diseñó teniéndolo a usted en mente y le da a usted y a su familia gran información sobre todos los beneficios que ofrece DBMG.



Elegibilidad e inscripción

Elegibilidad

Empleados: elegibles para beneficios de DBMG si son un empleado de tiempo completo que trabaja 30 horas o más por semana.

Dependientes: elegibles según las siguientes pautas:

- Su cónyuge legal.
- Sus hijos o los hijos de su cónyuge legal elegibles de hasta 26 años sin importar su estado civil o condición de estudiante.
- Los hijos dependientes incluyen hijos naturales, hijastros, hijos de cuidado sustituto, hijos adoptados, menores dependientes entregados a usted en adopción y otros menores para los cuales los tribunales le hayan concedido la custodia legal.
- Hijos dependientes incapacitados: un hijo no casado de cualquier edad que sea incapaz de mantenerse a sí mismo debido a una incapacidad mental o física y que dependen de usted.

Qué sucede si usted se vuelve elegible para los beneficios

Cuando usted es un empleado recientemente contratado...

Recibirá un anuncio de inscripción con la oportunidad de inscribirse en beneficios de salud que estén disponibles para usted. Tiene 60 días desde su fecha de contratación para elegir beneficios.

Cuando usted es un empleado recientemente elegible...

Recibirá un paquete de inscripción que le dará la oportunidad de inscribirse en los beneficios de salud. Un plazo límite se detallará en la comunicación recibida en la que tendrá que completar su solicitud de aplicación para elegir/rechazar los beneficios disponibles para usted. Es posible que se requiera documentación adicional para procesar sus elecciones de beneficios.

Eventos de vida que califican

Tiene 30 días desde la fecha de cualquier evento de vida que califique para hacer un cambio a sus beneficios actuales. Los eventos de vida que califican incluyen los siguientes:

- Nacimiento/adopción
- Cambio en el estado de un hijo
- Muerte de un dependiente
- Divorcio
- Matrimonio
- Ganancias/pérdidas de cobertura del cónyuge
- El miembro del equipo pierde la cobertura



Términos importantes

La atención médica puede ser difícil de navegar, y la jerga puede hacer que sea más complicado de comprender los beneficios. Este es un desglose para ayudarlo a comprender mejor sus beneficios, facturas y cobertura.

Deducible

La cantidad que paga del límite de desembolso personal por los gastos médicos antes de que la empresa de seguros cubra cualquier costo de beneficio para el año. Si su deducible es de \$2,000, su plan de seguro comenzará a ayudar con pagos una vez que haya llegado a ese monto. Revise su plan para ver qué gastos cuentan hacia su deducible. **Recuerde, las visitas de atención preventiva dentro de la red siempre están cubiertas al 100%.**

Límite de desembolso personal

El máximo que posiblemente pagaría de desembolso personal por servicios cubiertos en un año. Una vez que llegue a su límite de desembolso personal, su plan cubre todos los gastos elegibles. Esto no incluye sus primas.

Prima

Esto es un monto básico que usted paga cada mes a través de una deducción de nómina para la cobertura de atención médica, sin importar si usted usa o no el seguro.

Coaseguro

El costo que comparten usted y la empresa de seguros. El coaseguro es siempre un porcentaje que totaliza 100%. Por ejemplo, si el plan paga 80%, usted es responsable de pagar el 20% restante del costo. El coaseguro se aplica solamente una vez que se llega al deducible.

Copago

Una tarifa fija que se paga a su proveedor al momento del servicio. Puede gastar más una vez que esté allí (como por ejemplo, pruebas adicionales, análisis, etc.), pero independientemente, aún tendrá que pagar la tarifa fija. También puede pagar copagos por sus medicamentos recetados.

Reclamo

Un pagaré médico. Cuando visita a los proveedores, ellos presentarán reclamos a su empresa de seguro por los servicios que usted recibió (¿recuerda las pruebas y los análisis mencionados anteriormente?). Una vez que su seguro pague su parte, usted recibirá una factura por el resto.



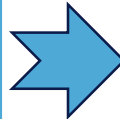
Planes médicos

Como recordatorio, automáticamente se lo inscribirá en el plan de UnitedHealthcare que más coincida con su plan actual. Vea a continuación para determinar en qué plan médico se inscribirá para el año de póliza 2022 para que pueda revisar los cambios a los beneficios. Si no sabe en qué plan está inscrito actualmente, consulte en Paycom para una confirmación.

Si estaba inscrito en el plan a continuación para el año de beneficios **2021**...

Automáticamente se lo agregará en este plan para el año de beneficios **2022**.

Deducible de \$0



Deducible de \$500

Deducible de \$2,000



Deducible de \$2,000
(este no es el mismo plan, así que revise los beneficios con atención)

Planes médicos

DBMG ofrecerá una vez más un plan de salud con deducible alto con la capacidad de abrir una cuenta de ahorros de salud con Health Equity. Muchos de ustedes estuvieron aquí en años anteriores, cuando ofrecíamos un HDHP y nos entusiasma ofrecerlo como una opción una vez más.

¡NUEVO!

	UnitedHealthcare (UHC) Deducible de \$500	UnitedHealthcare (UHC) Deducible de \$2,000	UnitedHealthcare (UHC) Plan de salud con deducible alto (HDHP) con HSA
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Deducible anual: <i>incorporado</i> (Individual/Familiar)	\$500 / \$1,000	\$2,000 / \$4,000	\$2,800 / \$5,600
Límite de desembolso personal: <i>incorporado</i> (incluye deducibles y copagos)	\$5,500 / \$11,000	\$8,150 / \$16,300	\$5,000 / \$10,000
Máximo de por vida	Sin límite	Sin límite	Sin límite
Atención preventiva	Se cubre al 100%	Se cubre al 100%	Se cubre al 100%
Visita al consultorio del médico de atención primaria (Red designada/red)	\$25 / \$50	Se cubre al 100%	30% después del deducible
visita al consultorio del médico especialista (Red designada/red)	\$50 / \$80	Copago de \$95	30% después del deducible
Radiografías y análisis de diagnóstico	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Servicios de internación en un hospital	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Servicios ambulatorios en un hospital	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Atención de urgencia	Copago de \$50	Copago de \$50	30% después del deducible
Atención en la sala de emergencias	Copago de \$400	Copago de \$400 + 20% después del deducible	30% después del deducible
Cobertura de medicamentos recetados (Suministro de 30 días) • Genéricos • De marca preferida • De marca no preferida • Especialidad	Copago de \$15 Copago de \$50 Copago de \$150 Copago de \$350	Copago de \$15 Copago de \$50 Copago de \$150 Copago de \$350	Recetas preventivas cubiertas al 100% Copago de \$10; después del deducible Copago de \$35; después del deducible Copago de \$70; después del deducible

Red designada de UnitedHealthcare

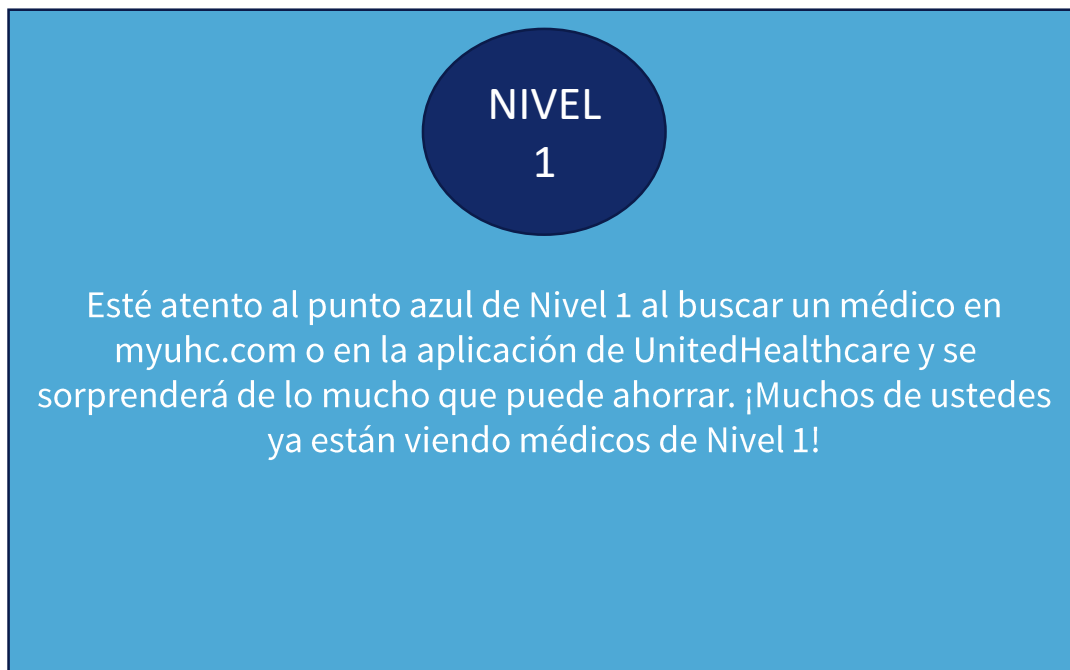
Paga copagos más bajos en la opción de plan de deducible de \$500

Elegir un proveedor de atención puede afectar la calidad y el costo de la atención que recibe. Con UnitedHealthcare, han hecho que sea más fácil que encuentre médicos que sean adecuados para usted y su familia.

Los estudios demuestran que las personas que se ocupan activamente de sus decisiones de la atención médica tienen menos hospitalizaciones, menos visitas de emergencia, mayor utilización de la atención preventiva y menores costos médicos en general.

Puede asumir un papel activo en su salud al buscar y elegir un proveedor de Nivel 1 (red designada) cuando necesite atención. ¡No solo puede quedarse tranquilo que va a recibir una gran atención, sino que también ahorrará dinero al hacerlo!

El Nivel 1 (red designada) está diseñado para que pague menos cuando vea a un médico de Nivel 1 o a un especialista. ¡Esta lista de proveedores de Nivel 1 se actualiza anualmente!

A blue rectangular box with a dark blue circle in the upper center. Inside the circle, the words "NIVEL" and "1" are written in white, stacked vertically. Below the circle, white text is centered within the blue box.

**NIVEL
1**

Esté atento al punto azul de Nivel 1 al buscar un médico en myuhc.com o en la aplicación de UnitedHealthcare y se sorprenderá de lo mucho que puede ahorrar. ¡Muchos de ustedes ya están viendo médicos de Nivel 1!

Receta preventiva

Cubierto por COMPLETO en el plan de salud con deducible alto

Los beneficios de atención preventiva son una parte fundamental de un plan de atención médica integral, incluidos los medicamentos preventivos. Si está eligiendo para inscribirse en el nuevo plan de salud con deducible alto en vigor a partir del 1/1/2022, los medicamentos preventivos estarán cubiertos por completo, a partir del día uno. A continuación hay algunos ejemplos de las afecciones médicas para las cuales los medicamentos se incluirían en la lista de medicamentos recetados preventivos.

- Prevención del cáncer de mamas
- Terapia de plaquetas/coagulación de la sangre
 - Presión arterial alta
 - Colesterol alto
- Rechazo de órganos, inmunodepresores
 - Osteoporosis
- Defectos de nacimiento, vitaminas prenatales
 - Diabetes
 - Asma/EPOC

Para una lista integral, consulte el formulario preventivo completo en <http://LiveWise.Info>.

Tarifas médicas para empleados de 2022

Las tarifas del seguro médico para los empleados activos de tiempo completo están en vigencia del 1 de enero de 2022 al 31 de diciembre de 2022. Los beneficios no están disponibles para los empleados de medio tiempo, excepto empleados que trabajen 30 horas o más por semana laboral que se consideren de tiempo completo para los fines de la Ley de Atención Asequible.

Aporte del empleado de DBMG por período de pago plan con deducible de \$500 de UHC

Empleado solamente	\$25.73
Empleado e hijo(s)	\$56.17
Empleado y cónyuge	\$59.20
Familia	\$90.58

Aporte del empleado de DBMG por período de pago plan con deducible de \$2.000 de UHC

Empleado solamente	\$24.11
Empleado e hijo(s)	\$49.18
Empleado y cónyuge	\$51.83
Familia	\$79.31

¡NUEVO plan!

Aporte del empleado de DBMG por período de pago de HDHP de UHC

Empleado solamente	\$23.36
Empleado e hijo(s)	\$47.66
Empleado y cónyuge	\$50.23
Familia	\$76.86

Si se paga quincenalmente, las tarifas se ajustarán en consecuencia.

Plan médico: Saber dónde ir

Tome el control de sus gastos de atención médica usando los mejores recursos para su problema de salud o afección. Sepa cuándo acudir a su médico de atención primaria, visitar una clínica de conveniencia o cuándo dirigirse a la sala de emergencias. Asegúrese de estar obteniendo el máximo por su dinero y tiempo en lo que respecta su atención médica.



\$

TELEMEDICINA

Use la telemedicina cuando tenga un problema médico menor o necesite ver un médico rápidamente desde cualquier parte. Con la telemedicina, puede hablar con un médico en apenas unos clics en su teléfono inteligente o tableta. Si bien su atención médica siempre comienza con su proveedor de atención primaria, la telemedicina está disponible cuando su médico tal vez no lo esté y es menos costosa que una típica visita al consultorio. La telemedicina está diseñada para problemas médicos que no son de emergencia como síntomas de resfrío o gripe, alergias, sinusitis o esguinces.



\$\$

ATENCIÓN PRIMARIA

Visite a su médico de atención primaria anualmente para un chequeo, para el tratamiento de una afección crónica, y en cualquier momento en que desee ver a un médico que conozca su historial y tenga acceso a sus expedientes médicos. Los médicos de atención primaria en general requieren citas y no están disponibles por la noche y los fines de semana, así que tendrá que planear con anticipación. Pero recuerde, las evaluaciones de atención preventiva anual con su médico de atención primaria están cubiertas sin costo para usted.



\$\$

ATENCIÓN DE URGENCIA

Visite la atención de urgencia cuando tenga un problema médico apremiante, pero no una emergencia. La atención de urgencia es la mejor opción en caso de esguinces, torceduras, fracturas de huesos leves, infecciones menores, pequeños cortes que necesiten algunos puntos, quemaduras leves y radiografías. Los establecimientos de atención de urgencia en general están abiertos por las noches y los fines de semana. Planifique con anticipación y encuentre la atención de urgencia cerca de usted para que tenga un plan para problemas como estos antes de que surjan.



\$\$\$

SALA DE EMERGENCIAS

Las salas de emergencias están diseñadas para tratar incidentes mortales. Sin embargo, la afección diagnosticada con más frecuencia en pacientes de salas de emergencias es el resfrío común. Esto causa que las salas de emergencias se llenen de gente y brinden atención con menor eficiencia porque están ocupadas con pacientes que tienen enfermedades de rutina y que no son de emergencia. Si visita la sala de emergencias cuando no tiene una emergencia, tendrá una larga espera y pagará el máximo de su límite de desembolso personal. Entonces, asegúrese de solamente usar esta opción cuando esté experimentando una emergencia.

¡NUEVA OFERTA!

Cuenta de ahorros de salud con Health Equity



¡NUEVO!

Cómo funciona

Si se inscribe en el NUEVO plan de HDHP de UHC, una cuenta de ahorros de salud se abrirá para usted con Health Equity. Para aquellos de ustedes que ya puedan tener una cuenta de HSA, tendrá la capacidad de trasladar fondos a la nueva cuenta, en caso de que decida hacerlo. Los aportes, ingresos y extracciones que se usen para gastos calificados son libres de impuestos. De este modo funciona la cuenta:

Hacer aportes. Puede separar dinero previo a la deducción de impuestos a través de deducciones de la nómina hasta los límites del IRS. Los límites de aportes al IRS de 2022 son de \$3,650 para cobertura solamente de empleado y \$7,300 para todas las otras coberturas, más de aporte de compensación \$1,000 anual para aquellos mayores de 55 años.

Use sus fondos. Puede usar sus fondos para pagar costos médicos, dentales y de visión elegibles ahora o en el futuro. Vea una lista completa de gastos elegibles en www.irs.gov. Puede pagar gastos elegibles de desembolso personal y reembolsarse de los ahorros de la HSA en una fecha posterior o puede pagar con una tarjeta de débito de la HSA.

Guarde sus fondos. También puede usar su cuenta como una caja de ahorros. La cuenta es suya, incluso si se va de la empresa, y sus fondos se trasladarán cada año acumulando interés libre de impuestos. Cuando el saldo de su cuenta llegue a un umbral específico, puede invertir sus fondos.

¿Es elegible?

Usted es elegible para contribuir a una HSA si:

- Está inscrito en el plan médico de HDHP
- No está cubierto por el plan de salud de su cónyuge o una cuentas de gastos flexibles (FSA)
- No es elegible para ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- No está inscrito en Medicare, TRICARE, TRICARE para el seguro de vida ni recibió beneficios de la Administración de Veteranos

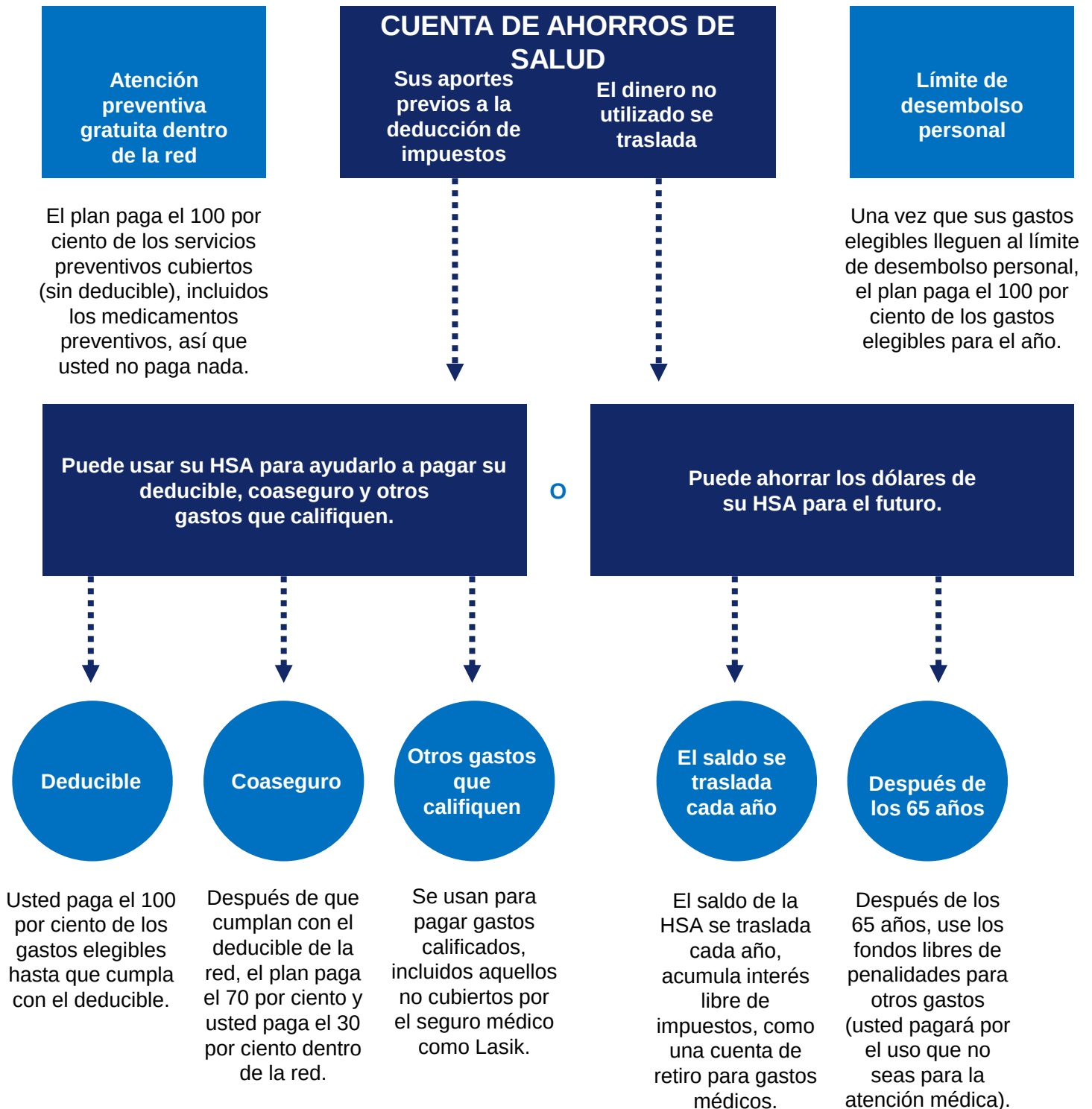
¿Se pregunta cuánto ahorrar?

Lo que ahorre en su HSA depende de usted y su presupuesto. Estas son algunas estrategias:

- **Para ver la mayor ventaja fiscal**, llegue hasta el límite de sus aportes de acuerdo con los límites federales del IRS para 2022.
- **Esté preparado para cuando las cosas no vayan bien**, separe lo suficiente cada mes para financiar el deducible anual o el límite de desembolso personal. De esa forma, tendrá fondos suficientes en caso de que tenga que afrontar grandes facturas médicas.
- **Para simplificar sus ahorros**, separe \$10 por cheque de pago por familiar inscrito. Para una familia de cuatro personas, eso le dará unos \$1,000 cada año para ayudar a cubrir el costo de una visita inesperada al médico o un medicamento genérico mensualmente.



Cuenta de ahorros de salud



¡NUEVAS OFERTAS!

Cuentas de gastos flexibles



Cuentas de gastos flexibles

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) le permiten separar algo de su pago, previo a la deducción de impuestos, en una cuenta para pagar gastos elegibles de salud o cuidado de dependientes. Separar dinero previo a la deducción de impuestos, que normalmente gastaría después de la deducción de impuestos, le ahorra entre el 25 y el 40 por ciento de sus gastos diarios.

Cuenta de gastos flexibles para la atención médica

La FSA de atención médica cubre copagos, deducibles, coaseguros, recetas, atención dental, exámenes de la vista y otros gastos de atención médica elegibles. No puede estar inscrito en una cuenta de gastos flexibles si está inscrito en un plan de salud de deducible alto con una HSA.

Cuenta de gastos médicos flexibles limitada

La FSA médica limitada está disponible para aquellos inscritos en un plan de salud con deducible alto con una HSA y cubre gastos de atención dentales/de visión, solamente.

Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes

La FSA de cuidado de dependientes cubre gastos relacionados con el cuidado de niños (de 13 años o menos) y de padres ancianos.

Cómo funciona. Cuando está inscrito en una cuenta de gastos flexibles, puede separar dinero previo a la deducción de impuestos a través de deducciones de la nómina hasta los límites del IRS. Para una FSA de atención médica, debe aportar al menos \$150 (sin superar \$2,850). Los fondos de la FSA de atención médica están disponibles para usar a partir del 1 de enero. Para una FSA de atención de dependientes, debe aportar no más de \$5,000. Tenga en cuenta lo siguiente: si está casado y presenta una declaración de impuestos por separado, el máximo que puede aportar es de \$2,500. Los fondos de FSA de cuidado de dependientes están disponibles después de que se hayan deducido de su cheque de pago.

Use sus fondos. Puede pagar gastos elegibles de desembolso personal y reembolsarse de los ahorros de la FSA en una fecha posterior o puede pagar con una conveniente tarjeta de débito de la FSA. Vea una lista completa de fondos elegibles en www.irs.gov.

No pierda sus fondos. El dinero que separa se debe usar durante el año del plan: no se trasladará a su cuenta. Cualquier dinero que quede en la cuenta se perderá.

Consideraciones importantes

- Para recibir beneficios de cuidado de dependientes previos a la deducción de impuestos, tanto el empleado como el cónyuge deben estar empleados, buscando trabajo o estudiando a tiempo completo. Si su cónyuge no trabaja o no estudia a tiempo completo, usted no es elegible para este beneficio.
- Sus elecciones no se pueden cambiar durante el año del plan, a menos que experimente un evento de vida que califique.
- Si tiene una HSA abierta, no es elegible para una FSA.
- Tiene que mantener sus recibos como prueba de que sus gastos eran elegibles para los fines del IRS.

Complementar su plan médico con seguro por accidentes

El plan de seguro por accidentes de Mutual of Omaha proporciona un **beneficio de dinero en efectivo** para ayudarlo a cubrir los costos inesperados asociados con una lesión accidental. Si ocurre un accidente cubierto, Mutual of Omaha automáticamente pagará un monto del beneficio específico (que se muestra a continuación) y usted decide la mejor forma de gastarlo.

Cobertura	Plan 1	Plan 2
Atención y tratamiento en la sala de emergencias	\$100	\$200
Visita en el consultorio del médico para un accidente	\$50	\$100
Ambulancia terrestre/acuática	\$100	\$200
Admisión en el hospital	\$500	\$1,000
Estadía en el hospital (Máximo de 365 días)	\$100/día	\$200/día
Fracturas	Quirúrgicas: \$100-\$2,000 No quirúrgicas: \$50-\$1,000	Quirúrgicas: \$200-\$4,000 No quirúrgicas: \$100-\$2,000
Dislocaciones	Quirúrgicas: \$100-\$2,000 No quirúrgicas: \$50-\$1,000	Quirúrgicas: \$200-\$4,000 No quirúrgicas: \$100-\$2,000

Costo semanal	Plan 1	Plan 2
Empleado solamente	\$1.79	\$3.33
Empleado + cónyuge	\$3.00	\$5.62
Empleado + hijo(s)	\$2.94	\$5.52
Familia	\$4.16	\$7.81

Beneficio de bienestar de plan de accidentes: Llame al (800) 775-8805 para reclamar su recompensa

Cada persona asegurada por esta póliza tiene una oportunidad de ganar un crédito por bienestar de Mutual of Omaha si se completan determinados servicios de bienestar y preventivos. Simplemente contacte a Mutual of Omaha y dígales que completó una visita preventiva con su médico.

Complementar su plan médico con un seguro por enfermedad crítica

El seguro por enfermedad crítica de Mutual of Omaha proporciona un **beneficio de dinero en efectivo** para ayudar con los gastos de límite de desembolso personal como alquiler, hipoteca, servicios públicos, alimentos y deducibles de planes de salud. Los cónyuges y dependientes solamente se pueden inscribir si el empleado está inscrito.

Montos de cobertura

- Empleado (que esté trabajando activamente): elija \$5,000, \$10,000, o \$20,000 de cobertura
- Cónyuge: 50% del monto del empleado
- Hijo(s): 25% del monto del empleado

Ejemplos de enfermedades cubiertas

- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Ataque cardíaco
- Falla orgánica importante
- Falla renal
- Parálisis
- Ceguera
- Esclerosis lateral amiotrófica (enfermedad de Lou Gehrig)
- Enfermedad de las arterias coronarias (cirugía) (25% del beneficio disponible)
- Carcinoma in situ (25% del beneficio disponible)

Las tarifas se basan en el monto de cobertura que usted elija, así como en su edad y en si es o no usuario de tabaco.

Si tiene preguntas con respecto a este producto, contacte al departamento de beneficios al benefits@DBMGobal.com.

Beneficio de bienestar del plan de enfermedad crítica: Llame al (800) 775-8805 para reclamar su recompensa

Cada persona asegurada conforme a la póliza es elegible para recibir un beneficio por bienestar de \$50 por año calendario si se completan determinados servicios de bienestar y preventivos. El beneficio por bienestar varía según el plan. Simplemente contacte a Mutual of Omaha y díganos que completó una visita preventiva con su médico.

Asistencia para la salud mental de UHC

Programa de asistencia al empleado (EAP)

Tiene acceso ilimitado, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a especialistas del EAP que pueden brindar derivaciones en persona a uno de los 180,000 médicos clínicos de la red de UHC a nivel nacional. Además de consultas y orientación confidenciales, el EAP tiene soluciones para ayudar a abordar los problemas antes de que se intensifiquen, y asesoramiento legal y financiero. Puede recibir una derivación anual por hasta 3 visitas en persona con un proveedor del EAP dentro de la red.

Sanvello

Usted es elegible para recibir acceso premium **sin cargo** a Sanvello, una aplicación creada por psicólogos para empoderar a personas y ayudarlas a involucrarse en actividades que mejoren su salud mental en cualquier momento, en cualquier lugar. La aplicación incluye un registro diario del ánimo, herramientas de afrontamiento, diarios guiados personalizados según SUS NECESIDADES y apoyo de la comunidad.

Live and Work Well

Liveandworkwell.com es un sitio de UHC específicamente diseñado para brindar apoyo para la salud del comportamiento. Hay cientos de artículos, videos, programas de autoayuda interactivos y otras herramientas para asistirlo con el estrés de la vida cotidiana. También puede buscar para encontrar proveedores de salud del comportamiento y también acceder al EAP.

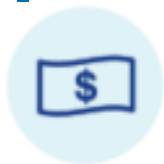
**Contacte a su EAP las 24 horas
del día, los 7 días de la semana al
888-887-4114**



Ventajas y programas de UHC

Simply Engaged

Puede obtener hasta \$200 por completar actividades de salud y bienestar. Con SimplyEngaged de UHC, puede recibir una recompensa para tomar medidas saludables. UHC se ha asociado con Rally, una plataforma digital para realizar un seguimiento de sus acciones de salud. Por cada acción de salud que complete, obtendrá monedas “Rally” que puede canjear por recompensas.



- Completar la encuesta de salud y ver un video
- Completar un programa de entrenamiento
- Completar una evaluación biométrica
 - Completar una visita virtual
- Completar el ingreso a un gimnasio



Para comenzar y obtener más información, vaya a www.myuhc.com > Health Resources > Rally

Apple Fitness +

Puede recibir Apple Fitness + durante 12 meses sin cargo adicional. Si tiene un Apple Watch (serie 3 o posterior) puede canjear esta oferta. Aquellos que ya estén suscritos a Apple Fitness + pueden obtener sus próximos 12 meses sin cargo. Una vez activado, podrá acceder a una biblioteca a demanda de clases de ejercicios, incluido entrenamiento en intervalos de alta intensidad (HIIT), fuerza, yoga, baile, entrenamiento troncal, ciclismo, cinta para correr y caminar, remo, Pilates y trabajo de enfriamiento consciente, junto con música de Apple Music.

Peloton

Puede recibir una membresía digital de Peloton sin costo si está inscrito en un plan médico y registrado en myuhc.com. Está disponible hasta 6/30/2022. La membresía digital les da a los miembros la capacidad de acceder a una gran biblioteca de clases de ejercicios en vivo y a demanda de instructores expertos, justo al alcance de sus manos. Si actualmente es miembro de Peloton y tiene una membresía de acceso completo que se acopla con su bicicleta/caminadora, recibirán un crédito por el mismo monto (\$155). Inicie sesión en su cuenta www.myuhc.com para obtener su código de acceso.

Plan dental

¡No habrá cambios al plan dental ni a las tarifas dentales para 2022! Aunque Delta Dental le permite visitar a cualquier proveedor que desee, permanecer dentro de las redes de PPO y Premier le dará el mayor nivel de beneficios. Los proveedores que no sean de la red tienen permitido facturar el saldo a usted por un monto por encima de lo que se considera “Razonable y habitual”. Encuentre un dentista en www.deltadentalaz.com o llame al 1-800-352-6132.



Delta Dental	
Deducible anual Individual/Familiar	\$50/\$150
	Usted pagará...
Servicios preventivos	\$0
Servicios básicos de restauración	20%
Servicios de especialidad de restauración	50%
Máximo anual individual (Incluye atención preventiva, básica y de restauración de especialidad)	\$1,500 por persona
Servicios de ortodoncia (Adulto y niños)	50%
Máximo de ortodoncia de por vida individual	\$2,000 por persona

Aportes de los empleados (por semana)	Empleado solamente	Empleado + hijo(s)	Empleado + cónyuge	Familia
	\$3.00	\$5.78	\$5.85	\$9.42

Plan de visión

¡No habrá cambios al plan de visión ni a las tarifas dentales para 2022! Seguirá teniendo acceso a una amplia red de proveedores independientes que incluyen LensCrafters®, Target Optical®, JCPenney Optical® y la mayoría de los locales de Pearle Vision®. Para obtener una lista completa de proveedores cerca de usted, use la herramienta para ubicar proveedores en eyemed.com y elija acceder a la red o llame al 866-4-EYEMED.

Atención de la visión de EyeMed

	Dentro de la red		Fuera de la red	
Examen (Una vez cada 12 meses)				
Beneficio	Copago de \$10		Reembolso de hasta \$35	
Anteojos (Una vez cada 12 meses)				
Cristales de visión simple	Copago de \$10		Reembolso de hasta \$25	
Cristales bifocales	Copago de \$10		Reembolso de hasta \$40	
Cristales trifocales	Copago de \$10		Reembolso de hasta \$55	
Armazones (Una vez cada 24 meses)				
Beneficio	Asignación de \$150+ 20% de descuento sobre el saldo		Reembolso de hasta \$75	
Contactos (en lugar de anteojos)				
Beneficio	Asignación de \$150+ 15% de descuento sobre el saldo		Reembolso de hasta \$120	
Lentes de contacto médicamente necesarios				
	Copago de \$0		Reembolso de hasta \$200	
Aportes de los empleados (por semana)	Empleado solamente	Empleado + hijo(s)	Empleado + cónyuge	Familia
	\$1.41	\$2.57	\$2.44	\$4.05

Cobertura básica de vida y AD&D

El seguro de vida es una parte importante de su seguridad financiera, especialmente si otros dependen de usted para la subsistencia. El seguro por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) está diseñado para brindar un beneficio en el caso de una muerte accidental o desmembramiento.

Seguro de vida y AD&D básico DBMG ofrece beneficios de vida fijos de \$20,000. Si su muerte es ocasionada por un accidente, el plan incluye una característica de “Muerte accidental y desmembramiento” que paga un adicional de \$20,000 que duplica su monto del beneficio. Además, DBMG proporciona seguro de vida y AD&D básico para sus dependientes (\$5,000 para su cónyuge y \$2,500 para los hijos desde 14 días hasta 19 años).

Seguro de vida y AD&D voluntario Además de la cobertura básica provista por DBMG, también tiene la posibilidad de comprar un seguro de vida y AD&D voluntario. Como recordatorio, el seguro de vida y AD&D voluntario no es un beneficio de inscripción abierta. Si no se inscribió cuando fue elegible por primera vez, tendrá que realizarse una evaluación médica. Consulte con su equipo de beneficios para obtener un formulario de EOI (evidencia de asegurable).

		Monto de emisión garantizada
Empleado	Hasta \$500,000 en incrementos de \$10,000	\$200,000 para nuevos inscritos
Cónyuge	Hasta \$250,000 en incrementos de \$5,000	\$50,000 para nuevos inscritos
Hijo	\$5,000 o \$10,000	

Edad	Empleado/cónyuge NO FUMADOR Tarifa semanal por cada \$10,000 de cobertura	Empleado/cónyuge FUMADOR Tarifa semanal por cada \$10,000 de cobertura
<20	\$0.24	\$0.42
20 – 24	\$0.24	\$0.42
25 – 29	\$0.24	\$0.42
30 – 34	\$0.26	\$0.44
35 – 39	\$0.34	\$0.64
40 – 44	\$0.52	\$1.04
45 – 49	\$0.79	\$1.72
50 – 54	\$1.17	\$2.47
55 – 59	\$1.74	\$3.47
60 – 64	\$2.89	\$5.35
65 - 69	\$5.29	\$8.97
Hijos \$5,000	\$0.25	
Hijos \$10,000	\$0.50	

Para aquellos de 70 años en adelante, consulte Paycom para conocer las tarifas.

Seguro por incapacidad a corto plazo

Los planes por incapacidad están hechos para sustituir una parte de su ingreso si una enfermedad o una lesión lo deja imposibilitado de trabajar. Es importante recordar que los beneficios por incapacidad se compensan con cualquier otro ingreso o beneficio por incapacidad que reciba (o sea elegible para recibir) mientras esté incapacitado, como indemnización por accidentes de trabajo y Seguridad Social. Para elegir cobertura, las afecciones preexistentes y se aplicará una evaluación médica. Consulte con Recursos Humanos para obtener un formulario de EOI (evidencia de asegurabilidad).

La cobertura de incapacidad a corto plazo (STD) le paga un beneficio si temporariamente no puede trabajar por una lesión, enfermedad o licencia de maternidad. Los beneficios se pueden reducir por un ingreso de otras fuentes de ingresos como tiempo libre pago. Su médico y la empresa de seguros trabajarán juntos para determinar por cuánto tiempo se pagarán los beneficios, según su afección. **El seguro por incapacidad a corto plazo básico lo paga por completo DBMG, pero usted tiene la opción de comprar un beneficio de STD más robusto. Si elige realizar una compra total, esto reemplaza el beneficio de STD, lo que quiere decir que simplemente tiene un beneficio por incapacidad a corto plazo. Su prima, sin embargo, se basa en el beneficio adicional.**

Seguro por incapacidad a corto plazo básico

Beneficio semanal	50% de los ingresos <u>semanales</u> totales hasta \$500	Este plan proporciona un beneficio por una enfermedad incapacitante (incluido el embarazo) o una lesión que no esté relacionada con el trabajo. Ejemplo de diagnósticos de incapacidad a corto plazo: • Maternidad • Musculoesquelético • Lesión • Trastornos digestivos • Cáncer
Cuándo comienza el beneficio	7 días	
Duración del beneficio	Hasta 26 semanas	

Seguro por incapacidad a corto plazo voluntario/total (esto reemplazaría el beneficio básico, si se elige)

Beneficio semanal	Obtenga un 20% adicional de los ingresos semanales para un total de 70% de ingresos semanales hasta \$1,000	Este plan proporciona un beneficio por una enfermedad incapacitante (incluido el embarazo) o una lesión que no esté relacionada con el trabajo. Ejemplo de diagnósticos de incapacidad a corto plazo: • Maternidad • Musculoesquelético • Lesión • Trastornos digestivos • Cáncer
Cuándo comienza el beneficio	7 días	
Duración del beneficio	Hasta un TOTAL de 26 semanas (esto NO es en adición a las 26 semanas incluidas en el STD principal)	

Seguro por incapacidad a largo plazo

El seguro por incapacidad a largo plazo (LTD) le paga un cierto porcentaje de su ingreso si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad que le impida realizar cualquiera de sus funciones esenciales por un período extenso de tiempo. ***El seguro por incapacidad a largo plazo es un beneficio voluntario y se le pagará por completo a usted.***

Cómo funciona

Beneficio semanal	60% de los ingresos <u>mensuales</u> totales hasta \$10,000	Este plan proporciona un beneficio por una enfermedad incapacitante (incluido el embarazo) o una lesión que no esté relacionada con el trabajo.
Cuándo comienza el beneficio	180 días	
Duración del beneficio (incapacitado antes de los 62)	Si queda incapacitado a los 62 años, los beneficios seguirán hasta los 65, siempre que permanezca incapacitado.	Ejemplo de diagnósticos de incapacidad a corto plazo: • Maternidad • Musculoesquelético • Lesión • Trastornos digestivos • Cáncer
Duración del beneficio (incapacitado a los 62 años o más)	Si queda incapacitado después de los 62 años, los beneficios seguirán hasta la edad normal de retiro de la Seguridad Social siempre que permanezca incapacitado.	

Licencia médica familiar/incapacidad

Mutual of Omaha administra una cobertura de licencia familiar médica e incapacidad a corto plazo. Contacte a su gerente, contacte a Mutual of Omaha al (800)-877-5176, y envíe un correo electrónico al equipo de Beneficios y RR. HH. para obtener asistencia a LOA@DBMGlobal.com

Mutual of Omaha

Programa de asistencia al empleado (EAP)

Sabemos que trabaja duro para mantenerse a usted mismo y a su familia. También sabemos que la vida no siempre funciona de acuerdo con lo planeado. Es por esa razón que nos complace ofrecer un beneficio importante llamado programa de asistencia al empleado (EAP).

Los empleados pueden recibir hasta seis (6) sesiones de orientación en persona GRATUITAS en el área en que usted viva. Hasta incluye servicios adicionales como asesoramiento legal/financiero y ayuda para encontrar cuidado para niños, todo para ayudarlo a manejar su ajetreado estilo de vida.

**Obtenga ayuda las 24 horas del día, los 7 días
de la semana, los 365 días de año con solo
una llamada
(800) 316-2796
o una visita a
www.mutualofomaha.com/eap**



Ventajas y programas de Mutual of Omaha

Preparación de testamentos

Preparar un testamento es una inversión muy importante en su futuro. Especifica cómo quiere que se distribuyan sus posesiones después de que muera. Ya sea que esté soltero, casado, tengas hijos o sea abuelo, su testamento debería estar adaptado a su situación de vida.

Tiene acceso a los siguientes documentos gratuitos:

- Disposiciones de última voluntad
- Poder de representación
- Directiva de atención médica
- Fideicomiso en vida

Esta herramienta interactiva en línea y gratuita los ayuda a usted y a su familia a crear un testamento y otros documentos legales.

Asistencia al viajero en todo el mundo

Cuando viaje a 100 millas o más del hogar en un negocio de la empresa o por vacaciones, hay disponibles servicios médicos de emergencia y traslado. Algunos de los servicios disponibles son los servicios de traducción/interpretación y asistencia de evacuación médica de emergencia.

Para consultas dentro de EE. UU., llame a la línea gratuita: **800-856-9947**

Para consultas fuera de los EE. UU., llame por cobrar al **312-935-3658**



Beneficios adicionales

Protección contra el robo de identidad y crédito de InfoArmor

InfoArmor es una protección contra el robo de identidad y un servicio de monitoreo de crédito. Detecta la actividad de alto riesgo para alertarlo ante la primera señal de fraude. Si llega a ser víctima de un fraude, InfoArmor ayudará a restaurar su identidad y proporciona una póliza de seguro por robo de identidad por valor de \$1 millón para cubrir cualquier gasto de desembolso personal, sueldos perdidos o costas legales. El portal en línea de InfoArmor en www.infoarmor.com le permite agregar familiares para mayor tranquilidad.

	Costo semanal
Empleado solamente	\$2.30
Familia	\$4.14

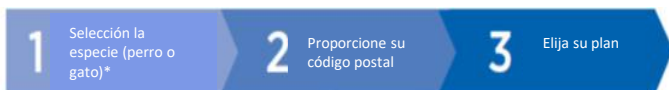
Seguro para mascotas de Nationwide

DBMG se complace en ahora ofrecer el seguro para mascotas de Nationwide. Esta es una gran manera para demostrar lo mucho que valoramos a cada miembro de nuestra familia, hasta a los de cuatro patas.

Inscripción sencilla:

Hay tres formas simples para que se inscriba para el nuevo beneficio de seguro para mascotas voluntario:

1. Vaya directamente a la URL exclusiva que hemos creado:
<https://benefits.petinsurance.com/DBMglobal-graywolf>
2. Visite PetsNationwide.com e ingrese el nombre de la empresa: **DBMglobal-graywolf**
3. Llame al 877-738-7874 y diga que es empleado de DBMG para recibir los precios preferidos.



*Para inscribir a su ave, conejo, reptil u otra mascota exótica, llame al 888-889-4874

GlobalFit

DBMG se ha asociado con GlobalFit para proporcionar acceso directo en ahorros y términos convenientes para miles de gimnasios en todo el país. Esto incluye grandes cadenas y locales favoritos. Recibirá descuentos exclusivos para los miembros en una variedad de programas de nutrición y equipos para el hogar, como NutriSystem, Total Gym y DVD de Zumba. Visite www.globalfit.com/DBMglobal o llame al (800)294-1500.

Seguro por accidentes en viajes de negocios (beneficio pago por la empresa)

A través de Chubb Accident & Health, puede acceder a un seguro por accidentes en viajes de negocios las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Esta cobertura ayuda a cubrir las brechas de cobertura, en el hogar y en el extranjero, proporcionando asistencia y servicios de viaje, que van desde la pérdida de equipaje hasta el robo de identidad y derivaciones médicas y legales, transporte de emergencia e incluso despacho de especialistas médicos. También recibe servicios para la evacuación médica y la repatriación y coberturas médicas fuera del país.

Este seguro también cubre la cobertura tradicional de muerte accidental y desmembramiento, que paga una suma única por pérdida de vida en un accidente, pérdida de una extremidad, de la vista, del habla o de la audición.

Visite www.chubb.com/claims/accident-health.html para obtener más información o llame al (800)252-4670. Puede encontrar el resumen completo del plan con detalles en Paycom.

Working Advantage

Working Advantage es un programa de descuento que puede ayudarlo a ahorrar hasta el 60% en entradas, viajes y compras. Estos son algunos descuentos exclusivos:

Entretenimiento: entradas de cine, parques temáticos, hoteles, museos, zoológicos y más
Teatro y eventos: Espectáculos de Broadway, eventos familiares, conciertos y eventos deportivos
Compras y regalos: seleccione comercios en línea para ropa, libros, música, electrónica, flores y más
Vaya a www.workingadvantage.com. Debe registrarse primero al hacer clic en “Employees Click Here” (Los empleados deben hacer clic aquí) y después ingrese el número de identificación de miembro 572475466.

Verizon Wireless

Puede ser elegible para un descuento del 18% de Verizon Wireless. Comience iniciando sesión en www.verizonwireless.com/discounts. Verizon requiere la validación de su empleo en DBMG de dos maneras: dirección de correo electrónico o comprobantes de pago/otra constancia de empleo o afiliación. Visite <http://bit.ly/EmpDiscount> para obtener descuentos y preguntas frecuentes de validación de empleo.

Cronograma de feriados de 2022

Feridos observados por la empresa

DBMG observa los siguientes feriados cada año:

- Día de Año Nuevo: observado el 31 de diciembre
 - Día de los Caídos: 30 de mayo
 - Día de la Independencia: 4 de julio
 - Día del Trabajo: 5 de septiembre
- Día de Acción de Gracias: 24 de noviembre
- Día después de Acción de Gracias: 25 de noviembre
- Víspera de Navidad: observado el 23 de diciembre
- Día de Navidad: observado el 26 de diciembre

Beneficios adicionales

Plan 401(k)

Cuando se una al plan 401(k), sus aportes e ingresos de inversiones trabajarán hacia la misma meta: un futuro financiero seguro.

Elegibilidad

Usted es elegible para inscribirse en el plan 401(k) aproximadamente 30 días desde la fecha de su contratación. Puede cambiar su tasa de aporte en cualquier momento. Adquirirá totalmente los derechos después de 2 años de empleo.

Cómo hacer crecer el saldo de su cuenta

Aportes: Puede aportar entre el 1% y el 100% de su pago al plan (hasta \$20,500 para 2022). Si cumple 50 años durante el año, puede aportar un adicional de \$6,500 al plan en 2022.

Participación en las ganancias: La empresa aportará \$0.55 de dólares de participación en las ganancias a su cuenta por cada hora trabajada.

Inversiones: Tiene una variedad de inversiones entre las cuales elegir. Puede “armar su propia cartera”, seleccionar una “carpeta previamente armada” que es una opción de inversión que se basa en su edad esperada de retiro (llamados "Apuntar a los fondos de fecha"), o usted puede seleccionar la solución de inversiones administradas profesionalmente (llamada "Apuntar a mi retiro").

Para administrar su cuenta o inscribirse

Vaya a www.principal.com o contacte al Centro de atención al cliente de Principal al **(800) 547-7754**.



Contactos importantes

¡Explorar sus beneficios puede ser confuso, pero no tiene que serlo! Su equipo de beneficios está aquí para usted. Si tiene preguntas acerca de a quién contactar con una pregunta sobre beneficios, primero llámenos y lo apuntaremos a la dirección correcta para obtener la asistencia al cliente de calidad que necesita. De lo contrario, si sabe a quién desea contactar, use los contactos incluidos a continuación.

BENEFICIO	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
UnitedHealthcare: médico y recetas	866-633-2446	www.myuhc.com
Delta Dental: plan dental	800-352-6132	www.deltadentalaz.com
EyeMed: plan de visión	866-723-0513	www.eyemed.com
Mutual of Omaha • Seguro de vida y AD&D • Incapacidad • Licencia médica familiar • Seguro por accidentes • Seguro por enfermedad crítica • Programa de asistencia al empleado	800-775-8805 800-316-2796	www.mutualofomaha.com www.mutualofomaaha.com/eoi www.mutualofomaha.com/eap
Health Equity • Cuenta de ahorros de salud • Cuenta de gastos flexibles para la atención médica • Cuenta de gastos médicos flexibles limitada • Cuenta de gastos flexibles para el cuidado de dependientes	866-346-5800	www.myhealthequity.com
Protección contra el robo de identidad de InfoArmor	800-789-2720	www.infoarmor.com
Seguro para mascotas de Nationwide	877-738-7874	www.PetsNationwide.com
401(k) de Principal	800-547-7754	www.principal.com
Global Fit	800-294-1500	www.globalfit.com/dbmglobal
Working Advantage	800-563-3712	www.workingadvantage.com
Programa de descuentos de Verizon Wireless	800-775-8098	www.verizonwireless.com/discounts



2022

Avisos Anuales

Indice

Aviso de Medicare Parte D	2
Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer	5
Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos	5
Aviso de HIPAA sobre su derecho a una inscripción especial	6
Disponibilidad del aviso sobre las prácticas de privacidad	6
Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)	7
Aviso de ciertas extensiones de plazos y Resumen de Modificaciones Importantes	11



Aviso de Medicare Parte D

Aviso importante de DBMG sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con DBMG y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando participar, analice su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, comparándola con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones con respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó en el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en un plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. DBMG ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan UnitedHealthcare of Arizona pague para todos los participantes regulares del plan, lo equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, usted puede quedarse con esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando se vuelva elegible para recibir Medicare y luego cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a usted, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (que en inglés se conoce como SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

Formulario 10182-CC de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), actualizado el 1o de abril de 2011. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a dar la información solicitada a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para la solicitud de esta información es 0938-0990. Se calcula que el tiempo aproximado que toma completar esta información es inicialmente 8 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo aproximado o si tiene alguna sugerencia para mejorar este formulario, por favor envíe una carta a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

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

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura con DBMG no se verá afectada. Vea más información a continuación sobre lo que sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Debido a que la actual cobertura de medicamentos recetados bajo el plan DBMG es acreditable (es decir que es equivalente a la cobertura de Medicare), usted puede mantener su cobertura actual de medicamentos recetados y puede elegir no inscribirse en un plan Parte D; o puede inscribirse en un plan Parte D como un complemento a su cobertura actual de medicamentos recetados, o en reemplazo de su cobertura actual.

Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura de medicamentos recetados de DBMG, tome en cuenta que usted y sus dependientes pueden volver a obtener esta cobertura únicamente durante las inscripciones abiertas, o si ocurre algún evento que le otorgue el derecho a una inscripción especial de HIPAA.

¿Cuándo pagará una prima más alta (una sanción) por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con DBMG y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días seguidos, contados a partir de la finalización de su cobertura actual, usted podría pagar una prima más alta (una sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted pasa 63 días seguidos o más sin tener una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual podría elevarse por lo menos un 1% de la prima base de los beneficiarios de Medicare por mes, por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin tener cobertura acreditable, su prima podría ser por lo menos un 19% más alta que la prima base de los beneficiarios de Medicare. Usted podría tener que pagar esta prima más alta (una sanción) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted podría tener que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

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

Comuníquese con la persona que se indica abajo para más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que se podrá inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare y si hay cambios en esta cobertura a través de DBMG. Usted también puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre las opciones que tiene bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

En el manual "Medicare & You" (Medicare y Usted), podrá encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año, Medicare le enviará una

Formulario 10182-CC de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), actualizado el 1o de abril de 2011. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a dar la información solicitada a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para la solicitud de esta información es 0938-0990. Se calcula que el tiempo aproximado que toma completar esta información es inicialmente 8 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo aproximado o si tiene alguna sugerencia para mejorar este formulario, por favor envíe una carta a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

copia del manual por correo. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

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

- Visite la página [medicare.gov](https://www.medicare.gov)
- Llame al programa de ayuda de los seguros de salud de su estado (vea la contraportada interior de la copia de su manual “Medicare & You” para el número de teléfono) a fin de obtener ayuda específica para su caso.
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura del plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página del Seguro Social en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso sobre la Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, se le podría exigir que entregue una copia de este aviso al inscribirse, para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y por lo tanto, si deberá pagar una prima más alta (una sanción) o no.

Fecha:	January 1, 2022
Nombre de la Entidad/Emisor:	DBMG
Contacto—Puesto/Oficina:	DBMG Benefits Team
Dirección:	3020 E. Camelback Road, Suite 100 Phoenix, AZ 85016
Número de teléfono:	(844) 200-7392

Formulario 10182-CC de los Centros de Medicare y Medicaid (CMS), actualizado el 1o de abril de 2011. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a dar la información solicitada a menos que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB). El número de control válido de la OMB para la solicitud de esta información es 0938-0990. Se calcula que el tiempo aproximado que toma completar esta información es inicialmente 8 horas por respuesta, incluyendo el tiempo para repasar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la información recolectada. Si tiene algún comentario sobre la exactitud del tiempo aproximado o si tiene alguna sugerencia para mejorar este formulario, por favor envíe una carta a: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si usted se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios bajo la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se ofrecerá de la manera que se determine luego de consultar con el médico de cabecera y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía;
- La cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- La prótesis y
- El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán estando sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican para otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Por lo tanto, se aplicarán los siguientes deducibles y coseguros:

\$500 Deducible / 20% Coseguros

\$2,000 Deducible / 20% Coseguros

\$2,800 Deducible / 30% Coseguros

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA), llame al administrador de su plan al (844) 200-7392.

Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos

De acuerdo con la ley federal, por lo general los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud no pueden reducir los beneficios de permanencia en el hospital que le corresponden a la madre o el recién nacido en conexión con el parto, acortando la estancia a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal, por lo general no prohíbe que el proveedor de servicios médicos de la madre o del recién nacido le dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas, según corresponda), luego de consultar sobre esto con la madre. En cualquier caso, de acuerdo con la ley federal, los planes y los emisores de seguros de salud no pueden exigirle a un proveedor que obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para ordenar una duración de la estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan al (844) 200-7392.

Aviso de HIPAA sobre su derecho a una inscripción especial

Si usted se rehúsa a inscribirse en el plan DBMG para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que tiene cobertura de otro seguro de salud o de otro plan de salud de grupo, usted o sus dependientes podrían inscribirse en un plan DBMG sin tener que esperar hasta el próximo período de inscripciones, si usted:

- Pierde el otro seguro de salud o la cobertura del plan de salud de grupo. Usted debe pedir inscribirse en los siguientes 30 días luego de perder la otra cobertura.
- Obtiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción. Usted puede solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 30 días luego del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción.
- Pierde la cobertura de Medicaid o del programa de seguro médico para niños (CHIP) debido a que ya no es elegible. Usted debe solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 60 días luego de perder esa cobertura.

Si usted solicita un cambio debido a un evento que amerita una inscripción especial en el período de tiempo de 30 días, la cobertura se volverá vigente en la fecha del nacimiento, la adopción o la colocación del niño en su hogar para su adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Además, usted podría inscribirse en el plan de salud del DBMG si se vuelve elegible para un programa estatal de ayuda con las primas bajo Medicaid o CHIP. Usted debe solicitar la inscripción en los siguientes 60 días luego de que se vuelva elegible para la cobertura del plan de salud. Si solicita este cambio, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Podrían existir ciertas restricciones específicas, dependiendo de las leyes federales y estatales.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para los derechos de inscripción especial, usted podrá añadir a ese dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

Disponibilidad del aviso sobre las prácticas de privacidad

Nosotros mantenemos el aviso HIPAA sobre las prácticas de privacidad para DBMG, donde se describe qué tanta información médica sobre usted se puede usar y divulgar. Puede obtener una copia del aviso sobre las prácticas de privacidad, comunicándose con DBMG.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al 1-877-KIDS NOW o visite espanol.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, **y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas.** Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito 1-866-444-EBSA (3272).

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2021. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid	
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447	
ALASKA – Medicaid	
El Program de Pago de Alaska primas del seguro médico	
Sitio web: http://myakhipp.com	
Teléfono 1-866-251-4861	
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com	
Elegibilidad de Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	
ARKANSAS – Medicaid	
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	
CALIFORNIA – Medicaid	
Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program	
http://dhcs.ca.gov/hipp	
Teléfono: 916-445-8322	

Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://dma.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100
CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
COLORADO–Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es
Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943 / retransmisor del estado: 711
CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus
Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 / retransmisor del estado: 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés):
https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program
Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/
Teléfono: 1-844-854-4825
DAKOTA DEL SUR- Medicaid
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
FLORIDA – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html
Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
Sitio web: Medicaid https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp
Teléfono: 678-564-1162 ext. 2131
INDIANA – Medicaid
Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64
Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/
Teléfono: 1-877-438-4479
Todos los demás Medicaid
Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/
Telefono: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPPP; https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp
Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562
KANSAS – Medicaid
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884
KENTUCKY – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):
https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx
Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico: KIHIPPP.PROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: https://chfs.ky.gov/Pages/spanish.aspx
LOUISIANA – Medicaid
Sitio web: http://www.medicaid.la.gov o http://www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono: 1-888-342-6207 (Línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)
MAINE – Medicaid
Sitio web por inscripción: http://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms
Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: Maine relay 711
Página Web por primos de seguro de salud privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofl/applications-forms
Teléfono: 1-800-977-6740 TTY: Maine relay 711
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840
MINNESOTA – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp and https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp
Teléfono: 1-800-657-3739
MISSOURI – Medicaid
Sitio web: Sitio web: https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
Teléfono: 573-751-2005
MONTANA – Medicaid
Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP
Teléfono: 1-800-694-3084
NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov
Teléfono: 1-855-632-7633
Lincoln: 402-473-7000
Omaha: 402-595-1178
NEVADA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900
NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm
Teléfono: 603-271-5218
Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218
NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/
Teléfono de Medicaid: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742
OREGON – Medicaid and CHIP
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx
http://oregonhealthcare.gov/index-es.html
Teléfono: 1-800-699-9075
PENSILVANIA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx
Teléfono: 1-800-692-7462
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/
Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RlTe Share Line)
TEXAS – Medicaid

Sitio web: http://pontehiptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493
UTAH – Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/spanish-language
Sitio web: http://health.utah.gov/chip/espanol.htm Teléfono: 1-877-543-7669
VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.cubrevirginia.org/hipp/
Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.hca.wa.gov Teléfono: 1-800-562-3022
WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: http://mywvhipp.com
Teléfono gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p10095.htm Teléfono: 1-800-362-3002
WYOMING – Medicaid
Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/
Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2021, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.

Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados

<http://www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol>

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2023)

Aviso de ciertas extensiones de plazos y Resumen de Modificaciones Importantes

Preparado para participantes de DBMG

Vigentes desde el January 1, 2022

El presente documento es un aviso del posible vencimiento del plazo de prórroga que comenzó el 1 de marzo de 2020 y una explicación de cómo dicho vencimiento afectará a determinados plazos suspendidos en virtud de directrices anteriores aplicables a los planes de ERISA. Específicamente, los plazos no pueden ser suspendidos por más de un año, **por lo que, según la fecha en que se hubiera requerido una medida individual, algunas extensiones de plazos expirarán el 28 de febrero de 2021. El hecho de que los plazos se prorroguen o se reanuden dependerá de la fecha específica en la que usted debía tomar medidas o notificar al plan.** Este es un Resumen de Modificaciones Importantes ("Resumen") en la medida en que las extensiones se apliquen a los beneficios de ERISA conforme con DBMG ("Plan"). Tome un tiempo para leer este Resumen cuidadosamente y guárdelo con el documento de Descripción Resumida del Plan (Summary Plan Description, "SPD") que se le proporcionó anteriormente. Si necesita otra copia de la SPD o si tiene alguna pregunta sobre estos cambios en el Plan, comuníquese con DBMG Benefits Team durante los horarios de atención habituales a (844) 200-7392.

El fin del período de prórroga de algunos plazos en respuesta a la crisis por la COVID-19 dependerá de la fecha en que se hubiera requerido una medida individual y algunos plazos que se reanudan el 28 de febrero de 2021

El 28 de abril de 2020, las directrices interinstitucionales extendieron algunos plazos que se aplican a los planes de salud grupales que corresponden al período de brote de la COVID-19 que comenzó el **1 de marzo de 2020**. Estos plazos incluyen y se limitan a lo siguiente:

- el período de 30 días para solicitar la inscripción especial conforme con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos (o el período de 60 días aplicable a las solicitudes de inscripción en el programa CHIP);
 - los empleados, cónyuges y nuevos dependientes pueden inscribirse al producirse un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción;
 - los empleados y dependientes pueden inscribirse si han rechazado la cobertura debido a otra cobertura médica y luego pierden la elegibilidad o pierden todas las contribuciones del empleador para la cobertura activa;
 - los empleados y sus dependientes pueden inscribirse al perder la cobertura del Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) o Medicaid del estado o quienes sean elegibles para recibir asistencia con las primas de esos programas;
- el período de elección de 60 días para la continuación de la cobertura de COBRA;
- la fecha límite para realizar los pagos de las primas de COBRA;
- la fecha límite de 60 días para que las personas notifiquen a un plan sobre un evento que califica para COBRA o una determinación de discapacidad;
- la fecha límite para que las personas presenten una reclamación de beneficios conforme con la ley ERISA en virtud del procedimiento de reclamaciones del plan (incluida una fecha límite del período de vigencia de H-FSA que finaliza durante el período del brote); o

- el plazo para que los solicitantes presenten una apelación de una decisión desfavorable de beneficios, una solicitud de revisión externa y para presentar información relacionada con una solicitud de revisión externa para un plan de ERISA.

El período en el que se pueden aplicar estas fechas límite se limita a un año. El 28 de febrero de 2021, un año a partir del 1 de marzo de 2020, algunos de los plazos mencionados ya no serán marcados.

Los plazos individuales indicados anteriormente que están sujetos al plazo de prórroga no se tendrán en cuenta hasta que ocurra lo primero de lo siguiente (a) 1 año a partir de la fecha en que fueron elegibles por primera vez para la prórroga, o (b) 60 días después de la finalización anunciada de la Emergencia Nacional (finalización del Período del Brote). En esas fechas individualizadas aplicables, se reanudarán los plazos para los empleados/participantes con periodos que fueron prorrogados previamente.

Ejemplos y explicaciones:

Si un beneficiario cualificado hubiera tenido que hacer una elección de COBRA antes del 1 de marzo de 2020, el individuo puede esperar hasta el 28 de febrero de 2021, que es lo primero de un año desde el 1 de marzo de 2020 o la finalización del Período del Brote. Dado que el individuo tenía 60 días para elegir antes del comienzo del Brote, tendría que hacer una elección antes del 28 de febrero de 2021.

Si un beneficiario calificado hubiera tenido que hacer una elección de COBRA antes del 1 de marzo de 2021, el Aviso retrasa ese requisito de elección hasta lo que ocurra primero: un año a partir de esa fecha (1 de marzo de 2022) o la finalización del Período del Brote, con la posibilidad de una prórroga adicional de 60 días.

Si alguna persona viviera el nacimiento de un hijo en febrero de 2021 y la Emergencia Nacional se declarara a partir del 1 de julio de 2021 (**hipotéticamente**), el empleado tendría 60 días desde el final de la Emergencia Nacional más 30 días según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos para notificar el nacimiento y solicitar la inscripción en el plan, el 29 de septiembre de 2021.

Cabe destacar nuevamente que si tiene alguna pregunta sobre estos cambios en el Plan o sobre sus circunstancias particulares, comuníquese con DBMG durante los horarios de número de teléfono (844) 200-7392.

