

2025

GUÍA DE BENEFICIOS

Empleados Por Hora y de Taller

BUILDERS

As builders, we are committed to shaping the world around us

EXCELLENCE

We push onward & upward in our relentless pursuit of excellence

SERVANT LEADERSHIP

Supporting our workforce is our priority

TRANSPARENCY

Open communication is key to our success

TEAM

Together we succeed



Contenido

3	Bienvenido
4	Resumen de los Beneficios
5	Instrucciones para la Inscripción
6	LiveWise
7	Elegibilidad e Inscripción
8--9	Plan Médico y de Farmacia
10	TextCare <i>Administrado por One to One Health</i>
11	Plan Dental
12	Seguro Voluntario de Visión
13--14	Seguro de Vida y de Incapacidad
15	Cuenta de Ahorros para la Salud
16--17	Cuentas de Gastos Flexibles
18	Plan 401(k)
19	Beneficios Adicionales
20	Programa de Feriados para 2025
21	Contactos Importantes
22	Avisos Legales



Esta guía es un resumen y no proporciona una descripción completa de todas las disposiciones de los beneficios. Para obtener información más detallada, por favor, consulte sus folletos de los beneficios o las descripciones resumidas del plan (SPDs). Los folletos de los beneficios de los planes determinan cómo se pagan todos los beneficios.

Aviso sobre la Parte D de Medicare

Si usted (y/o sus dependientes) tienen Medicare o comenzarán a ser elegibles para recibir Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le da más opciones sobre su cobertura de medicamentos. Por favor, consulte los avisos legales que se encuentran en la parte de atrás de esta guía para conocer más detalles.

Declaración de Modificaciones Materiales

Este aviso constituye un Resumen de Modificaciones Sustantivas (SMM) en el Plan de Salud de DBM Global. Está prevista para complementar y/o reemplazar cierta información de las SPD, por lo tanto, guárdela como referencia en el futuro junto a su SPD. Por favor, comparta estos materiales con los miembros de su familia cubiertos.



Bienvenido

Es difícil creer que pasó un año desde nuestro último ofrecimiento de beneficios. Este año ha tenido varios desafíos y éxitos para la familia de empresas DBM Global y no dejo de impresionarme por la resiliencia y dedicación de los miembros de nuestro equipo. Gracias a su gran trabajo, hoy somos una empresa fuerte.

Como varios ya saben, nos hemos estado enfocando en armonizar los beneficios en todas nuestras empresas para proporcionar el mejor paquete posible para todos nuestros empleados y sus familias. A pesar del continuo aumento en los costos de salud, continuamos comprometidos en ofrecer un paquete de beneficios robusto. La empresa ha elegido absorber la mayoría de estos aumentos en los costos, asegurándose de mantener una oferta competitiva que nos ayude a atraer y retener los mejores talentos en la industria.

Aquí tenemos algunos destacados de las ofertas de beneficios de este año:

- *Agregado de TextCare para todos los empleados inscritos en un plan médico*
- *Todas las aseguradoras continuarán siendo las mismas e incluyen United Healthcare, Delta Dental of AZ y EyeMed Vision*
- *Contribuciones de la empresa a las Cuentas de Ahorros para la Salud para empleados inscritos en el Plan de Salud de Deducibles Altos (\$400 para personas individuales / \$800 para familias)*
- *Contribuciones del empleador a la cobertura dental (nuevo para Banker Steel y GrayWolf)*
- *Seguro de vida y seguro de incapacidad por corto plazo pagado por la empresa para empleados administrativos y de taller*

Mientras miramos hacia adelante a 2025, deseo expresar mi gratitud por su compromiso en hacer que DBM Global y nuestra familia de empresas sea la mejor en la industria. Creo que nuestros Valores Centrales; Constructores, Excelencia, Liderazgo en Prestación de Servicios, Transparencia y Equipo, capturan el espíritu de nuestra empresa, que continúa distinguiéndonos. Sus esfuerzos realmente hacen una diferencia.

Atentamente,



Rustin Roach

Director Ejecutivo y Presidente



Resumen de los Beneficios

DBMG tiene el compromiso de proporcionarle un programa de beneficios integral. Nuestro paquete de beneficios incluye cobertura médica, dental y de visión para ayudar en las necesidades de salud y bienestar de los empleados. Además, está disponible la cobertura de seguro de vida y de incapacidad para proporcionar protección financiera y tranquilidad a los empleados y a sus familias. Una parte importante de su prima mensual la paga la Empresa para algunos beneficios, mientras que otros beneficios requieren una contribución del empleado, como se indica a continuación:

Beneficio	Quién Paga	Tratamiento Impositivo
Plan Médico	DBMG y Usted	Previo a la Deducción de Impuestos
Plan Dental	DBMG y Usted	Previo a la Deducción de Impuestos
Seguro Voluntario de Visión	Usted	Previo a la Deducción de Impuestos
Seguro de Vida y AD&D Básicos	DBMG	N/A
Seguro de Vida y AD&D Voluntarios	Usted	Después de Impuestos
Seguro de Incapacidad por Corto Plazo (STD) Pagado por la Empresa	DBMG	N/A
Seguro Voluntario de Incapacidad por Largo Plazo (LTD)	Usted	N/A
Caja de Ahorros para la Salud (HSA)	DBMG y Usted	Previo a la deducción de impuestos
Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) FSA para la Salud, FSA para Propósitos Limitados, FSA para el Cuidado de Dependientes	Usted	Previo a la Deducción de Impuestos
Seguro de Accidente en Viajes de Negocios	DBMG	N/A
Protección contra el Robo de Identidad y Crediticia	Usted	Después de Impuestos
Plan 401(k) para la Jubilación	DBMG y Usted	N/A

Instrucciones para la Inscripción

Inscripción Abierta Anual

Para el año del plan 2025, la inscripción abierta es **pasiva**. Esto significa que sus elecciones actuales se pasan al siguiente año, a menos que realice algún cambio. Pero debe **volver a inscribirse** en la Cuenta de Ahorros para la Salud y en las Cuentas de Gastos Flexibles ya que no se pasan de un año a otro.

Si necesita realizar cambios en sus beneficios durante la inscripción de este año, visite Paycom a través de su computadora o Smartphone. A continuación, se encuentran las instrucciones sobre la inscripción.

Inscripción Abierta para Empleados Nuevos

Los empleados nuevos tienen hasta 60 días desde su fecha de contratación para completar la inscripción abierta como empleados nuevos. Por favor, recuerde que las elecciones que realice se mantendrán vigentes por todo el año, a menos que experimente un evento de vida que califique.

Instrucciones para la Inscripción

1. **Acceda a la aplicación Paycom.** Desde el Centro de Notificaciones o desde la sección Benefits, haga clic en la Inscripción en los Beneficios del año actual.
2. **Revise y comience su inscripción.** Revise las instrucciones la iniciales y haga clic en “Start Enrollment”. Después ingrese su información personal y la de dependientes o beneficiarios.
3. **Inscríbase o rechace.** Después de leer cada plan de beneficios, elija su cobertura y después elija inscribirse o rechazar la cobertura.
4. **Complete.** Para completar la inscripción, haga clic en “Finalize” y después en “Sign and Submit”.



LiveWise

¡La página de comunicaciones de DBMG es otra forma de estar creando una experiencia de usuario mejorada para usted y su familia!

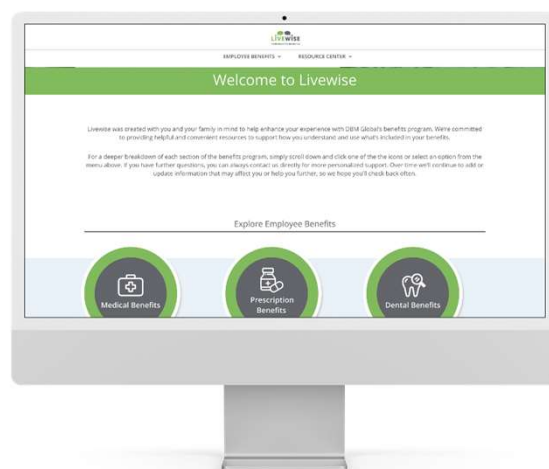
Le sugerimos que visite nuestro sitio web sobre los beneficios en <http://LiveWise.Info>. ¡Este sitio fue diseñado teniéndolo a usted en mente y les proporciona a usted y a su familia grandiosa información sobre todos los ofrecimientos de beneficios de DBMG!

Características de LiveWise

Una experiencia mejorada para los miembros hace que la información sobre los beneficios sea práctica y simple.

Acceso a sitios web importantes desde una página central, fácil de leer.

Aprenda más sobre sus beneficios y busque recursos útiles.



Guías de Beneficios

Fácil acceso a su Guía de Beneficios - ¡en cualquier momento, desde cualquier lugar! Todas las Guías de Beneficios de DBMG se encuentran en LiveWise para que pueda consultar esta información durante el año.

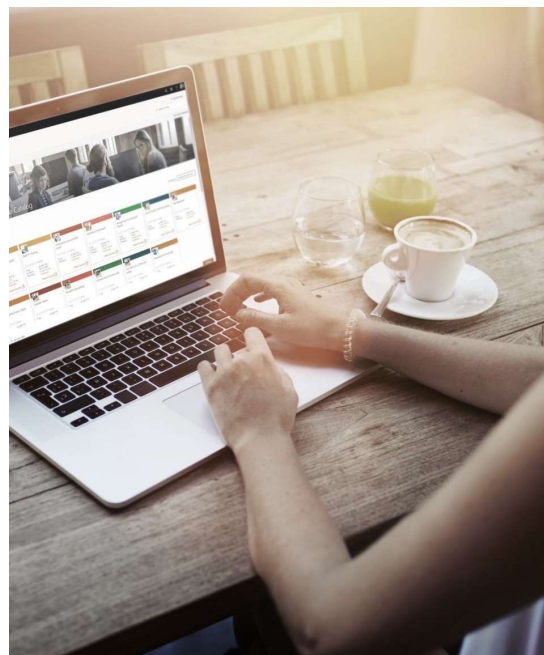
Recursos Útiles

Aquí encontrará un glosario de términos importantes sobre los beneficios y los seguros, como también artículos de comunicación para estar mejor informado.

Preguntas Frecuentes

Les hemos facilitado a usted y a su familia el acceso a respuestas a preguntas frecuentes en el portal LiveWise. Estas preguntas incluyen, por ejemplo:

- + ¿Cuándo es la Inscripción Abierta?
- + ¿Qué es un Evento de Vida que Califica?
- + ¿Cuál es la aseguradora de nuestro plan dental?



Elegibilidad e Inscripción

Elegibilidad

Empleados: Es elegible para participar en beneficios de DBMG si es un empleado de tiempo completo que trabaja 30 horas o más por semana.

Dependientes: Sus dependientes son elegibles para recibir beneficios en base a las siguientes pautas:

- Cónyuge Legal
- Hijos suyos o de su cónyuge legal elegibles de hasta 26 años, cualquiera sea su estado civil o estado de estudiante
 - Incluyen hijos naturales, hijastros, hijos bajo cuidados adoptivos, hijos adoptados, hijos dependientes asignados a usted en adopción y otros hijos sobre quienes las cortes le hayan otorgado a usted su custodia legal
- Hijos Dependientes Incapacitados - un hijo no casado de cualquier edad que sea incapaz de autosustentarse debido a una incapacidad mental o física y que depende de usted

Fecha Efectiva de los Beneficios

Sus beneficios comenzarán el 1° día del mes después de haber completado 30 días de empleo completos. *Por ejemplo, si lo contratan el 15 de marzo, sus beneficios comenzarían el 1 de mayo.*

Fecha de Inscripción en los Beneficios

Si es un empleado nuevo, su período de inscripción comienza después de su 1° día de empleo y continúa abierta por **60 días**. Si no elige beneficios dentro del período de 60 días, debe esperar hasta el siguiente período de Inscripción Abierta Anual para inscribirse en beneficios, a menos que experimente un evento de vida que califique.

Eventos de Vida que Califican (QLE)

Tiene **30 días** desde la fecha de cualquier Eventos de Vida que Califique (QLE) para realizar cambios en sus beneficios.

QLEs incluyen, de forma enunciativa más no limitativa:

- Nacimiento / Adopción
- Matrimonio, Divorcio o Separación Legal
- Cambio de Estado del Hijo
- Su Cónyuge Obtiene / Pierde Cobertura
- El Empleado Obtiene / Pierde Cobertura
- Muerte de un Dependiente

Documentos para QLEs

Aquí tenemos algunos de los documentos aprobados que puede proporcionarle a RR.HH. en el caso de que experimente un QLE.

- Certificados de Matrimonio
- Certificado de Nacimiento o Registro de Nacimiento en Hospital
- Certificado de Defunción
- Confirmación de la Aseguradora
- Documentos de una Corte

Los empleados pueden iniciar un QLE en Paycom dentro de los 30 días. Se requiere documentación para procesar el cambio realizado en su cobertura, dependiendo del evento de beneficio que haya ocurrido. Para más información, visite <http://LiveWise.Info>.



Plan Médico y de Farmacia

DBMG ofrece tres opciones de planes médicos a través de UnitedHealthcare (UHC) – dos planes PPO y un Plan de Salud de Deducibles Altos (HDHP) con HSA. Todos los planes utilizan el misma Red Choice Plus de proveedores y cubre los mismos servicios. Los planes varían por deducible, copagos y primas semanales.

Por favor, tómese un momento para revisar los planes y asegurarse de elegir el que satisfaga mejor sus necesidades. En la página siguiente se encuentra un cuadro comparativo lado a lado destacando los beneficios más utilizados. Para observar un resumen de beneficios completo, visite <http://LiveWise.Info>.

Contribuciones del Empleado (Por Semana)			
	Deducible de \$500	Deducible de \$2,000	HDHP con HSA
Seguro de vida voluntario para el Empleado	\$97.00	\$33.00	\$21.00
Empleado + Cónyuge	\$185.00	\$87.00	\$57.00
Empleado + Hijo(s)	\$183.00	\$83.00	\$55.00
Familia	\$241.00	\$133.00	\$88.00

Las tarifas del plan médico para empleados activos, de tiempo completo, tienen vigencia del 1 de enero al 31 de diciembre de 2025. Los beneficios no están disponibles para empleados de tiempo parcial, excepto empleados que trabajen un promedio de 30 horas o más por semana de trabajo, considerados de tiempo completo para propósitos de la Ley de Cuidados Asequibles (ACA). Si se pagan cada dos semanas, sus tarifas se ajustarán como corresponda.

Beneficios Médicos y de Farmacia

Beneficios Médicos de UHC

	Deducible de \$500	Deducible de \$2,000	HDHP con HSA
	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red
Deducible Anual Individual / Familiar	\$500 / \$1,000	\$2,000 / \$4,000	\$3,300 / \$6,600
Máximo de bolsillo anual Individual / Familiar	\$5,500 / \$11,000	\$8,150 / \$16,300	\$5,000 / \$10,000
Servicios Preventivos	Sin cargo, cubiertos al 100%	Sin cargo, cubiertos al 100%	Sin cargo, cubiertos al 100%
Visitas al Consultorio de Atención Primaria Red Designada / Red	\$25 / \$50	Sin cargo, cubiertos al 100%	30% después del deducible
Visita a Consultorio de Especialista Red Designada / Red	\$50 / \$80	Copago de \$95	30% después del deducible
Laboratorio y Radiografías de Diagnóstico	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Internación en Hospital	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Cirugía Ambulatoria	20% después del deducible	20% después del deducible	30% después del deducible
Atención Urgente	Copago de \$50	Copago de \$50	30% después del deducible
Sala de Emergencias	Copago de \$400	Copago de \$400 + 20% después del deducible	30% después del deducible

Beneficios de Farmacia de UHC

	Deducible de \$500	Deducible de \$2,000	HDHP con HSA
	Dentro de la Red	Dentro de la Red	Dentro de la Red
Medicamentos Preventivos	No aplica	No aplica	Medicamentos Preventivos cubiertos al 100%
Genéricos	Copago de \$10	Copago de \$10	Copago de \$10 después del deducible
Marca de Preferencia	Copago de \$35	Copago de \$35	Copago de \$35 después del deducible
Marca de No Preferencia	Copago de \$70	Copago de \$70	Copago de \$70 después del deducible

TextCare

Administrado por One to One Health

¡Bienvenido a TextCare!

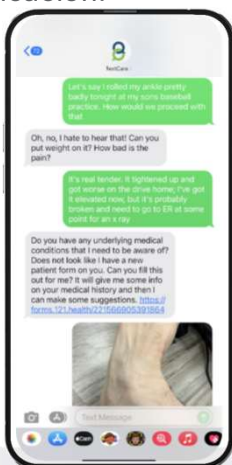
- Con TextCare, puede conversar sobre sus necesidades primarias y de cuidados urgentes, sobre el tratamiento de condiciones crónicas y sobre necesidades de medicamentos de rutina.
- Reciba ayuda para que usted y su familia puedan encontrar especialistas de valor de alta calidad.
- Se puede acceder a TextCare fácilmente por mensaje de texto y por chat por video. Simplemente envíeles un mensaje de texto a (602) 609-5124 para iniciar la atención médica. ¡Es así de fácil!
- TextCare está disponible para usted y para todo su hogar - incluye a su cónyuge y/o a sus dependientes.
- TextCare se toma muy en serio la privacidad. Son muy cumplidores de todas las regulaciones de HIPAA y de salud al mantener su privacidad, asegurándose de que la información de su salud se mantenga confidencial.

¿Para qué puede usar TextCare?

Su equipo de atención médica puede ayudarlo con cualquier pregunta de salud o médica y deberá ser su primer punto de contacto para cualquier problema. Incluso si su problema no puede resolverse de forma virtual, el equipo de atención médica proporciona navegación experta por la atención médica y lo derivará a proveedores de especialidad. Si necesita un medicamento, su proveedor de TextCare puede recetarle un medicamento que será enviado a su farmacia local.

TextCare está disponible 24/7 y puede ayudarlo a evitar visitas innecesarias a la sala de atención urgente o de emergencias, además de permitirles ahorrar dinero a usted y a su familia!

¡Para comenzar, envíe un mensaje de texto a (602) 609-5124 para iniciar la atención médica! Su equipo de atención médica responderá dentro de los 5 minutos - no se necesitan turnos y no necesita descargar una aplicación.



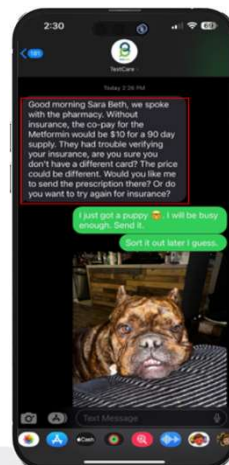
MENSAJE DE TEXTO

El **94%** de los pacientes prefiere mensajes de texto como su canal de comunicación favorito con su proveedor. El **26%** de todos los encuentros por mensaje de texto incluyen una fotografía o video del paciente.



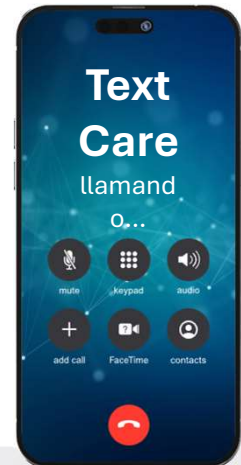
CHAT POR VIDEO

La funcionalidad de las llamadas por video WebRTC por buscador permite llamadas por video con médicos haciendo un clic, directamente desde el hilo de TextCare.



CHAT ENCRYPTADO

Funcionalidad de chat completamente encriptado para información sensible y protegida.



LLAMADA

Los proveedores pueden iniciar una llamada o los miembros pueden simplemente llamar a su número específico para acceder a la atención médica.



Plan Dental

Grandiosas Noticias ¡No hay cambios en el plan dental ni en las tarifas para el año del plan 2025! Aunque Delta Dental le permite visitar a cualquier proveedor que desee, mantenerse dentro de la **Red PPO y Premier** le dará el mayor nivel de beneficios. Los proveedores que no pertenecen a la red pueden facturarle el saldo a usted por cualquier monto que supere lo que es considerado "Razonable y de Usos y Costumbres".

Visite www.deltadentalaz.com para encontrar proveedores de nuestra red o llamar al (800) 352-6132.

Delta Dental of Arizona	
	Dentro de la Red
Deducible Anual Individual / Familiar	\$50 / \$150
Máximo Anual Incluye Servicios Básicos y Complejos	\$1,500 por persona
Diagnóstico y prevención Examen Oral, Limpiezas, Radiografías, Flúor	Sin cargo, cubiertos al 100%
Servicios Básicos Amalgamas, Endodoncia, Periodoncia, Selladores	20%
Servicios Complejos Reparación de Coronas, Prostodoncia, Aplicación de Recubrimientos y Reparaciones de Puentes y Dentaduras	50%
Ortodoncia Adultos y Niños	50%
Máximo de Ortodoncia de Por Vida	\$2,000 por persona

Contribuciones del Empleado (Por Semana)	
Seguro de vida voluntario para el Empleado	\$3.00
Empleado + Cónyuge	\$5.85
Empleado + Hijo(s)	\$5.78
Familia	\$9.42

¡Recordatorio!
¡Nuestro plan permite **3 limpiezas GRATIS** por año!

Seguro Voluntario de Visión

Los beneficios de visión continúan siendo proporcionados a través de EyeMed Vision Care en la Red Insight. EyeMed tiene una amplia red de proveedores independientes, como también locales LensCrafters®, Target Optical® y la mayoría de los locales Pearle Vision®. Para observar una lista completa de proveedores cerca suyo, visite eyemed.com y elija Insight Network o llame al (866) 4-EYEMED.

EyeMed Vision	
	Dentro de la Red
Examen con Dilatación si es Necesaria	Copago de \$10
Opciones de Exámenes Adaptación y Seguimiento de Lentes de Contacto Estándar Adaptación y Seguimiento de Lentes de Contacto Premium	Hasta \$55 10% de descuento sobre el precio de venta al público
Armazones	Asignación de \$150 + 20% de descuento sobre el saldo
Lentes Simples Lentes Bifocales Lentes Trifocales Lentes Progresivos Estándar	Copago de \$10 Copago de \$10 Copago de \$10 Copago de \$75
Lentes Progresivos Premium Nivel 1 Nivel 2 Nivel 3 Nivel 4	Copago de \$95 Copago de \$105 Copago de \$120 Copago de \$75; 80% del cargo menos la asignación de \$120
Opciones de Lentes Recubrimiento UV / De Color (Sólidos y Gradiente) Resistencia a Rayones Estándar Policarbonato Estándar Antirreflex Estándar	Copago de \$15 Copago de \$15 Copago de \$40 Copago de \$45
Lentes de Contacto (en lugar de anteojos)	Asignación de \$150 + 15% de descuento sobre el saldo
Frecuencia Examen Lentes Armazones	12 meses 12 meses 12 meses
Contribuciones del Empleado (Por Semana)	
Seguro de vida voluntario para el Empleado	\$1.34
Empleado + Cónyuge	\$2.31
Empleado + Hijo(s)	\$2.44
Familia	\$3.85



Seguro de Vida

Los planes de seguro de vida, AD&D e incapacidad a través de Mutual of Omaha pueden cubrir las brechas financieras debido a una pérdida de sus ingresos. Considere sus costos y facturas del día a día durante un embarazo o licencia por incapacidad relacionada con una enfermedad o cómo manejaría gastos importantes (vivienda, educación, préstamos, tarjetas de crédito, etc.) después de la muerte de un cónyuge o pareja.

Además de los beneficios pagados por la empresa, ofrecemos cobertura voluntaria que puede comprar para usted, para su cónyuge y para sus hijos.

Seguro de Vida Básico

DBMG proporciona un beneficio de seguro de Vida Básico de tarifa plana de 1 vez su salario anual hasta \$100,000. Si su muerte es causada por un accidente, el plan incluye una funcionalidad AD&D que paga \$100,000 adicionales, duplicando el monto de su beneficio.

Seguro de Vida y AD&D Voluntarios

Además del seguro de Vida Básico proporcionado por DBMG, podrá elegir comprar Seguro de Vida y AD&D Voluntario adicional para usted y para su familia. Los empleados deben elegir cobertura de seguro de vida voluntario para que participen los dependientes.

Empleado: Incrementos de \$10,000 hasta \$500,000, máximo de 10 veces el salario anual

- *Emisión Garantizada: \$200,000 para quienes se inscriben por primera vez únicamente**

Cónyuge: Incrementos de \$5,000 hasta \$250,000

- *Emisión Garantizada: El 100% del beneficio del empleado, hasta \$50,000**

Hijo(s): Opciones de \$5,000 o \$10,000

* **El Seguro de Vida y AD&D Voluntario no es un beneficio de la inscripción Abierta.** Si no se inscribió cuando fue contratado, deberá pasar completar la Evidencia de Asegurabilidad médica.

Seguro de Incapacidad

DBMG proporciona cobertura de incapacidad sin costo para empleados elegibles a través de Mutual of Omaha. La cobertura de incapacidad ayuda a proporcionarles seguridad financiera a usted y a su familia en el caso de que se enferme o se lesione y no pueda trabajar. A los empleados se los inscribe automáticamente en el beneficio cuando son elegibles.

Seguro de Incapacidad por Corto Plazo (STD) Pagado por la Empresa

La cobertura de STD le paga un beneficio si no puede trabajar temporalmente debido a una lesión, enfermedad o licencia por maternidad. Su médico y la compañía de seguros trabajarán juntos para determinar cuánto tiempo se pagan los beneficios, en base a su condición.

- **Beneficio Semanal:** El 60% de sus ingresos semanales totales hasta \$1,200
- **Los beneficios comienzan** el 8° día de incapacidad
- **Período de Pago Máximo:** 13 semanas

Seguro Voluntario de Incapacidad por Largo Plazo (LTD)

La cobertura LTD paga un cierto porcentaje de sus ingresos si no puede trabajar debido a una lesión o enfermedad que le impide realizar sus tareas laborales durante un período de tiempo extenso. Es importante saber que los beneficios se reducen por ingreso de otros beneficios que pudiera recibir mientras está incapacitado, como compensación por desempleo y del Seguro Social.

- **Beneficio Mensual:** El 60% de sus ingresos mensuales hasta \$5,000
- **Los beneficios comienzan** después de 90 días
- **Duración del Beneficio (si queda incapacitado hasta los 62 años):** Los beneficios continúan hasta los 65 años si continúa incapacitado.
- **Duración del Beneficio (si queda incapacitado a los 62 años o a una edad mayor):** Los beneficios continúan hasta su Edad Normal de Jubilación del Seguro Social si continúa incapacitado.

Recursos Adicionales de Mutual of Omaha

Con Mutual of Omaha, tiene acceso a varias herramientas y recursos, que incluyen un Programa de Asistencia al Empleado (EAP), Asistencia para la Elaboración de un Testamento y Asistencia de Viaje Internacional. A continuación, se encuentra un destacado de estos recursos - puede encontrar más información en <http://LiveWise.Info>.



**Obtenga ayuda 24/7/365
llamando al (800) 316-2796 o
visitando
www.mutualofomaha.com/eap.**

EAP: Los empleados pueden recibir hasta **seis (6) sesiones de terapia en persona GRATIS** en la zona en la que viven. Incluye servicios como asesoramiento legal/financiero y ayuda para encontrar cuidados de niños; todo esto para ayudarlo a manejar su atareado estilo de vida.

Elaboración de Testamentos: La herramienta interactiva online gratuita de Mutual of Omaha los ayuda a usted y a los miembros de su familia a crear un testamento y otros documentos legales. Para más información visite www.mutualofomaha.com.

Travel Assistance Internacional: Cuando viaja a 100 millas o más desde su hogar por viajes de negocios o de vacaciones, tendrá disponibles servicios médicos y de viaje para emergencias. Servicios de traducción / interpretación y asistencia para evacuación médica de emergencia son algunos de los servicios que tiene disponibles.

Cuenta de Ahorros para la Salud

Cuenta de Ahorros para la Salud

Una Caja de Ahorros para la Salud (HSA) es una forma fácil de pagar gastos de salud que tiene hoy y ahorrar para gastos que pudiera tener en el futuro. Es una cuenta de ahorros con ventajas impositivas que se ofrece si se inscribe en el Plan de Salud de Deducibles Altos (HDHP). Usted y DBMG pueden contribuir a su cuenta con dinero previo a la deducción de impuestos para ahorrar para los gastos de salud que debe pagar de su bolsillo. El dinero que no gasta crece años tras año, y puede ser utilizado en el futuro, incluso después de jubilarse.

HealthEquity es la empresa que administra esta cuenta. Se creará automáticamente una cuenta cuando se inscriba en el HDHP. Visite www.healthequity.com para más información.

Cómo funciona la HSA de HealthEquity

Para ayudarlo a comenzar, DBMG contribuye a su HSA.

Contribuciones del Empleador DBMG:

- Solo el Empleado: \$400
- Empleado + Dependientes o Familia: \$800

Estas contribuciones se dividen en dos pagos a fines de enero y julio.

Límites de Contribución Máxima establecidos por el IRS para 2025 (incluyendo las Contribuciones del Empleador)

- Solo el Empleado: \$4,300
- Empleado + Familia: \$8,550

Puede utilizar la tarjeta de débito de su HSA para gastos elegibles como visitas al consultorio, análisis de laboratorio, medicamentos, cuidados dentales y de visión e incluso algunos productos de farmacia.

Cuatro Motivos para Tener una HSA

- 1. Libre de impuestos** Sin impuesto federal sobre las contribuciones ni impuesto estatal en la mayoría de los estados. Las extracciones siempre están libres de impuestos, siempre y cuando sean para gastos de salud elegibles.
- 2. No hay regla "los usa o los pierde".** Su saldo se pasa de un año a otro. Usted es el dueño de la cuenta y puede continuar utilizándola, incluso si cambia de planes médicos o si se va de la empresa.
- 3. La usa ahora o más adelante.** Utilice su HSA para gastos de salud que tiene hoy o guárdela para usarla en el futuro.
- 4. Potencie sus ahorros para la jubilación.** Después de jubilarse, puede utilizar su HSA para gastos de salud libres de impuestos. También puede utilizarla para gastos para vivir, que pagarán impuestos, pero no tendrá penalidades.

¿Usted es elegible?

Es elegible para contribuir a una HSA si:

- **Está inscrito en el plan HDHP**
- No está cubierto por un plan de salud de su cónyuge
- No es elegible para ser declarado dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- No está inscrito en Medicare, Medicaid, TRICARE for life o VBA.

Cuentas de Gastos Flexibles

Cuenta de Gastos Flexible para la Salud

La Cuenta de Gastos Flexible (FSA) para la Salud, a través de HealthEquity, le permite contribuir con dinero previo a la deducción de impuestos para pagar gastos médicos, dentales o de visión que no le reintegra su plan de salud. La FSA para la Salud puede ser utilizada por usted, su cónyuge e hijos dependientes.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Para participar en la FSA para la Salud, debe inscribirse en este plan cada año, incluso durante la inscripción abierta pasiva. Las elecciones realizadas en 2024 no continúan en 2025.

Cómo Utilizar Su FSA para la Salud

Usted decide cuánto desea contribuir a su FSA para la Salud cada año, con una contribución mínima de \$200 y un máximo de \$3,300. Recibirá una tarjeta de débito de HealthEquity para usar para gastos elegibles.

Gastos Elegibles Incluyen:

- Copagos de la Visita al Consultorio
- Deducible y Coaseguro
- Medicamentos
- Gastos de Cuidados Quiroprácticos, Acupuntura y Fisioterapia

Para observar una lista completa de gastos elegibles, consulte la [Publicación 502 del IRS](#) o visite www.LivWise.info.

No Pierda Sus Fondos

Considere sus contribuciones a la FSA para la Salud con cuidado. El dinero que separa debe ser utilizado durante el año del plan - no se pasa de un año a otro. **Los fondos que no se utilizan se pierden.**

Cuenta de Gastos Flexible para Propósitos Limitados

La Cuenta de Gastos Flexible para Propósitos Limitados (LPFSA) está diseñada específicamente para empleados inscritos en el HDHP y en la Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Una LPFSA puede utilizarse junto a una HSA, permitiéndole maximizar sus ahorros libres de impuestos. Puede utilizar los fondos de la HSA para gastos médicos mientras utiliza **los fondos de la LPFSA para cuidados dentales y de visión únicamente.**



Cuentas de Gastos Flexibles

Cuenta de Gastos Flexible para el Cuidado de Dependientes (DCFSA)

Una Cuenta de Gastos Flexible para el Cuidado de Dependientes (DCFSA), a través de HealthEquity, le permite contribuir con dinero previo a la deducción de impuestos para pagar gastos elegibles para el cuidado de dependientes. Dependientes elegibles incluyen niños menores de 13 años, un cónyuge discapacitado o un padre adulto con cuidados de personas mayores. Debe volver a inscribirse en este plan todos los años.

Al inscribirse, usted decide cuánto dinero desea ingresar a su cuenta para el año antes de la deducción de impuestos, hasta los límites del IRS. Cuando tenga un gasto que califique para reintegro, puede presentar un reclamo con la documentación necesaria y recibirá un reintegro libre de impuestos.

El monto mínimo con el que puede contribuir a su DCFSA para 2025 es de \$200 por año y el monto máximo con el que puede contribuir es de \$5,000 (si está casado y presentan declaraciones de impuestos separadas, su contribución máxima anual es de \$2,500 por año).

No Pierda Sus Fondos

Considere sus contribuciones a la DCFSA para la Salud con cuidado. Los fondos no utilizados se pierden según las regulaciones del IRS. Los gastos deben incurrirse antes del último día del año o el último día de empleo.

Reintegros de Reclamos

Solo puede recibir un reintegro de hasta el monto que se dedujo de su recibo de sueldo hasta la fecha. El reintegro del reclamo se basa en la fecha en la que recibió el servicio de cuidados de día de dependientes, no la fecha en la que paga la factura o la fecha en que le facturan. El año del plan DCFSA corre del 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025 y tiene hasta el 15 de marzo de 2026 para presentar reclamos.

Gastos Elegibles

Aquí tenemos algunos de los gastos elegibles más comunes para Cuidados de Dependientes. Puede encontrar una lista completa de gastos elegibles en www.healthequity.com o en la [Publicación 502 del IRS](#).

Gastos Elegibles Comunes

Los pagos a guarderías, centros de cuidados de día o personas que cumplen con las leyes y regulaciones estatales y locales

Pagos para cuidados antes y después del horario escolar comenzando desde jardín de infantes y hasta grados más altos

Pagos a familiares para que cuiden a dependientes que califiquen; pero el familiar no puede ser un dependiente declarado en su declaración de impuestos ni puede ser su hijo si es menor de 19 años al finalizar el año calendario; y

Pagos (en lugar de cuidados de día regulares) a colonias (por ejemplo de fútbol, informática, etc.) pero no en los que pase la noche.

Plan 401(k)

A los empleados elegibles se los inscribe **automáticamente** para que contribuyan con el 6% de su pago elegible en el plan Principal 401(k). La participación comienza el primer día del mes después de 30 días de empleo. Podrá cambiar su tarifa de contribución en cualquier momento.

Cómo Hacer Crecer el Saldo de Su Cuenta

Contribución al 401(k) Tradicional

Puede contribuir desde con el 1% hasta el 100% de su pago elegible (hasta \$23,500 para 2025) **antes de la deducción de impuestos**. Si cumple 50 años durante el año, puede contribuir al plan con \$7,500 adicionales.

Contribución al 401(k) Roth

Realice contribuciones Roth **después de la deducción de impuestos** mediante deducciones del recibo de sueldo. Esto significa que paga impuestos en el año en el que se realizan las contribuciones y las extracciones (ingresos y contribuciones) están libres del impuesto a las ganancias, siempre y cuando tenga por lo menos 59 años y medio y la cuenta haya estado abierta por lo menos por cinco años.

Contribución Equivalente del Empleador

DBMG realiza una contribución equivalente al 100% en el primer 3% contribuya y al 50% en el siguiente 2% con el que contribuye. Comenzará a tener absoluto derecho en la contribución equivalente del empleador después de 2 años de empleo.

Inversiones

Tienen una variedad de inversiones para elegir. Puede "armar su propia cartera", seleccionar una "cartera pre-armada", que es una opción de inversión que se basa en la edad prevista para su jubilación (llamada "Fondos con Fecha Establecida") o puede seleccionar una solución de inversión gestionada de forma profesional (llamada "Orientar Mi Jubilación").

Para Gestionar Su Cuenta

Diríjase a www.principal.com o comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Principal llamando al (800) 547-7754.

Como recordatorio, al llamar a Principal, el plan de nuestro empleador es DBM Global, Inc, 3-27432.





Beneficios Adicionales

El programa de beneficios de DBMG incluye otras herramientas y recursos valiosos además de nuestro paquete de beneficios central. Estamos orgullosos de estar asociados a estas aseguradoras y socios proveedores para mejorar nuestras ofertas para usted y su familia. Tómese un momento para revisar los destacados de nuestras ofertas de beneficios adicionales y para visitar <http://LiveWise.Info> para más detalles.

Seguro de Accidente en Viajes de Negocios (Beneficio Pagado por la Empresa)

Tiene acceso a seguro de Accidente en Viajes de Negocios 24/7 a través de Chubb Accident & Health.

Working Advantage

Es un programa de descuentos que puede ayudarlo a ahorrar hasta un 60% en entradas, viajes y compras.

Protección contra el Robo de Identidad y Crediticia de InfoArmor

InfoArmor es un servicio de protección contra el robo de identidad y de monitoreo crediticio.

Seguro para Mascotas de Nationwide

DBMG tiene el agrado de continuar ofreciendo Seguro para Mascotas de Nationwide. Es una gran forma de demostrar cuánto valora a cada miembro de su familia - incluso a los de cuatro patas.

HUSK Marketplace

DBMG se asoció a HUSK Marketplace, anteriormente conocido como GlobalFit, para proporcionar herramientas, recursos y acceso al bienestar que permiten que las personas vivan con más intención y satisfacción de formas que funcionen para ellos y para sus comunidades.

Programa de Feriados para 2025

Feriados Pagos en 2025

DBMG proporciona 8 feriados pagos por año a todos los empleados elegibles.

Feriados Respetados	
Día de Año Nuevo	1 de enero
Día de la Memoria	26 de mayo
Día de la Independencia	4 de julio
Día del Trabajo	1 de septiembre
Día de Acción de Gracias	27 de noviembre
Día Posterior al Día de Acción de Gracias	28 de noviembre
Noche Buena	Diciembre de 24
Día de Navidad	Diciembre de 25



Contactos Importantes

Recorrer sus beneficios puede ser confuso, ¡pero no tiene por qué serlo! Su equipo especialista en los beneficios está aquí para ayudarlo. Si tiene preguntas sobre con quién debe ponerse en contacto, llame primero al Equipo de Beneficios de DBMG y le indicaremos cuál es la dirección correcta que debe seguir para recibir la asistencia al cliente de calidad que necesita. De lo contrario, puede ponerse en contacto con cualquiera de los proveedores indicados a continuación.

PROVEEDOR / BENEFICIO	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB
UnitedHealthcare Plan Médico y de Farmacia	0923344	(866) 633-2446	myuhc.com
One to One Health TextCare		(602) 609-5124	
Delta Dental of Arizona Plan Dental	4409	(800) 352-6132	deltadentalaz.com
EyeMed Plan de Visión	1011446	(866) 723-0513	eyemed.com
Mutual of Omaha Seguro de Vida y AD&D y de Incapacidad Programa de Asistencia a Empleados	G000BM92	(800) 775-8805 EAP: (800) 316-2796	mutualofomaha.com mutualofomaaha.com/eoi mutualofomaha.com/eap
HealthEquity Cuenta de Ahorros para la Salud Cuenta de Gastos Flexible		(866) 346-5800	myhealthequity.com
InfoArmor Protección para Robo de Identidad		(800) 789-2720	infoarmor.com
Nationwide Seguro de Mascotas		(877) 738-7874	PetsNationwide.com
Principal 401(k)	3-27432	(800) 547-7754	principal.com
HUSK Marketplace (Anteriormente GlobalFit)		(800) 294-1500	Huskwellness.com
Working Advantage Descuentos en Entradas, Viajes		(800) 565-3712	workingadvantage.com

Avisos legales

Disponibilidad del aviso sobre las prácticas de privacidad

Nosotros mantenemos el aviso HIPAA sobre las prácticas de privacidad para DBM Global, 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 el DBMG Benefits Manager (benefits@dbmglobal.com).

Aviso sobre la selección de proveedores

UnitedHealthcare generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Para obtener información sobre cómo elegir a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con UnitedHealthcare.

Para los niños, usted puede designar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita la autorización previa del plan UnitedHealthcare ni de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para tener acceso al cuidado de obstetricia o ginecología por parte de un profesional de la salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, al profesional de atención médica se le podría exigir que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo obtener la previa autorización para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o que siga los procedimientos establecidos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, comuníquese con UHC.

Aviso de HIPAA sobre su derecho a una inscripción especial

Si usted se rehúsa a inscribirse en el plan de salud de DBM Global 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 de salud de DBMG Global 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 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 DBM Global 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.

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 el 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

Avisos legales

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: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/> | Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>

Teléfono: 916-445-8322 | Fax: 916-440-5676 | Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.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://hcpf.colorado.gov/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.mycohibi.com/>

Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <http://www.hhs.nd.gov/healthcare> | Teléfono: 1-844-854-4825

DAKOTA DEL SUR- Medicaid

Sitio web: <https://dss.sd.gov> | Teléfono: 1-888-828-0059

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html>

Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP: Medicaid <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, presiona 1

Sitio web de GA CHIPRA: <https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra> | Teléfono: 678-564-1162, presiona 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/> | <https://www.in.gov/fssa/dfr>

Administración de familias y servicios sociales | Teléfono: 1-800-403-0864

Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>

Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/> | Teléfono: 1-800-792-4884 | Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

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: KIHIPPPROGRAM@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/agencies/dms>

Avisos legales

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: <http://www.medicaid.la.gov> o <http://www.ldh.la.gov/la hipp>
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003 | TTY: Maine relay 711
Página Web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740 | TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.mass.gov/masshealth/pa> | Teléfono: 1-800-862-4840 | TTY: 711
Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/> | Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

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 | Por correo electrónico: HHSHIPProgram@mt.gov

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://dhcnp.nv.gov> | Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>
Teléfono: 603-271-5218 | Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218
Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> | Teléfono: 800-356-1561
Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 | TTY 711

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 y CHIP

Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx> | Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: <https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlte Share Line)

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico> | Teléfono: 1-800-440-0493

Avisos legales

UTAH – Medicaid y CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Por correo electrónico: upp@utah.gov | Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web de expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/>

VERMONT– Medicaid

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program> | Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select> o
<https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs> |
Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <http://www.hca.wa.gov> | Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 | Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.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 2024, 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

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. 61565

Avisos legales

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 Deductible, 20% Coinsurance
- \$2,000 Deductible, 20% Coinsurance
- \$3,300 HDHP, 30% Coinsurance

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 DBMG Benefits Manager (benefits@dbmglobal.com).

Las Reglas "Sin Sorpresas"

Las reglas "sin sorpresas" lo protegen de facturas médicas inesperadas en situaciones en las que no puede elegir fácilmente un proveedor que esté en la red de su plan de salud. Esto es especialmente común en una situación de emergencia, cuando puede recibir atención médica de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red o los centros de emergencia pueden pedirle que firme un aviso y formulario de consentimiento antes de brindar ciertos servicios después de que ya no necesite atención de emergencia. Estos son "servicios de posestabilización". No debe recibir este aviso y formulario de consentimiento si

está recibiendo servicios de emergencia que no sean servicios de posestabilización. También pueden solicitar que firme un aviso y formulario de consentimiento si programa ciertos servicios que no son de emergencia con un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico dentro de la red.

El aviso y formulario de consentimiento le informa sobre sus protecciones contra facturas médicas inesperadas, le da la opción de renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red, y proporciona una estimación de lo que podría costar su atención fuera de la red. No está obligado a firmar el aviso y formulario, no debe firmarlo si no tuvo la opción de elegir un proveedor o centro de atención médica antes de programar una cita de atención médica. Si no firma, es posible que deba reprogramar su cita de atención médica con un proveedor o centro dentro de la red de su plan de salud.

[Ver un ejemplo de aviso y formulario de consentimiento \(PDF\)](#).

Esto aplica a usted si es un participante, beneficiario, o individuo cubierto en un plan de salud grupal o individual, incluyendo un plan de salud para empleados federales (FEHB, por sus siglas en inglés).

Descargo de responsabilidad de ACA

Esta oferta de cobertura puede descalificarlo de recibir subsidios del gobierno para un plan de Exchange, incluso si elige no inscribirse. Para ser elegible para el subsidio, debe establecer que esta oferta no es asequible para usted, lo que significa que la contribución requerida para la cobertura solo para empleados bajo nuestro plan base excede el 8.39% en 2024 (9.02% de 2025) de su ingreso familiar ajustado modificado.

Aviso de Medicare Parte D

Aviso importante de DBM Global 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 DBM Global 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.

Avisos legales

Aviso de Medicare Parte D

Aviso importante de DBM Global sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare (*continuada*)

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. DBM Global ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan UnitedHealthcare 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.

¿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 DBM Global 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 DBM Global 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 DBM Global, 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 DBM Global 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 DBM Global. Usted también puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

Avisos legales

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 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:	1 de enero de 2025
Nombre de la Entidad:	DBM Global
Contacto:	Tori Sepiol
Dirección de correo electrónico:	tori.Sepiol@dbmglobal.com
Número de teléfono:	(480) 718-0984



BUILDING HISTORY