# 2027 GUÍA DE BENEFICIOS

## EMPLEADOS DE TALLER DE PHOENIX



DBM GLOBAL | BUILDING HISTORY

DBM GLOBAL | SCHUFF STEEL | BANKER STEEL | NYC CONSTRUCTORS LLC | Graywolf® | GW Modular | MILCO NATIONAL CONSTRUCTORS | AITKEN | DBM VIRCON

# Contenido


| | |
|---|---|
| **3** | Bienvenido |
| **4** | Resumen de Beneficios |
| **5** | Instrucciones de Inscripción |
| **6** | Elegibilidad e Inscripción |
| **7** | LiveWise |
| **8** | Plan Médico y de Farmacia |
| **10** | TextCare |
| **11** | Plan Dental |
| **12** | Visión |
| **13** | Seguro de Vida e Incapacidad |
| **15** | Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) |
| **16** | Cuentas de Gastos Flexibles (FSA) |
| **18** | Plan de Jubilación 401(k) |
| **19** | Beneficios Adicionales |
| **20** | Calendario de Días Feriados 2027 |
| **21** | Contactos Importantes |
| **22** | Avisos Legales |




**Esta guía proporciona un resumen** de sus beneficios y no constituye una descripción completa de todas las disposiciones del plan. Para obtener información más detallada, consulte los folletos de beneficios o las Descripciones Resumidas del Plan (SPD). En caso de alguna discrepancia, los documentos oficiales del plan regirán la administración y el pago de los beneficios.

### Aviso sobre la Parte D de Medicare

Si usted o alguno de sus dependientes está inscrito en Medicare, o será elegible para Medicare durante los próximos 12 meses, la ley federal le ofrece opciones adicionales para su cobertura de medicamentos recetados. Para obtener más información, consulte el **Aviso sobre la Parte D de Medicare** incluido en la sección de **Avisos Legales** al final de esta guía.

### Declaración de Modificaciones Sustanciales

Este aviso constituye un Resumen de Modificaciones Sustanciales (SMM) del Plan de Salud de DBM Global Health. Su propósito es complementar y/o modificar cierta información contenida en las Descripciones Resumidas del Plan (SPD). Le recomendamos conservar este documento junto con su SPD para futuras consultas. Asimismo, le solicitamos compartir esta información con los familiares que estén cubiertos por el plan.




# Bienvenidos

Mientras nos preparamos para la inscripción a los beneficios de 2027, temenos muchas razones para sentirnos entusiasmados por el future. Este año marcó un hito importante para el grupo de empresas de DBM Global al unirnos a IES Holdings, Inc. Esta nueva y emocionante etapa nos brinda oportunidades para continuar creciendo e invirtiendo en nuestras empresas y en nuestro personal, respaldados por la solidez financiera de IES y su enfoque de propiedad a largo plazo.

Aunque nuestra estructura de propiedad ha cambiado, **nuestro compromiso con nuestros empleados y con los valores fundamentals que nos definen sigue siendo tan sólido como siempre.** Nuestros valores de **Constructores, Excelencia, Liderazgo de Servicio, Transparencia y Trabajo en Equipo** continuarán guiando la manera que trabajamos juntos, atendemos a nuestros clients y nos apoyamos mutuamente.

Una parte importante de este compromiso es ofrecer un paquete de beneficios competitivo e integral que les brinde apoyo a ustedes y a sus familias. Aunque los costos de atención médica continúan aumentando en todo el país, **DBM Global volverá a absorber la mayor parte de estos incrementos**, ayudando a minimizer el impacto económico en nuestros empleados y manteniendo la calidad de nuestros beneficios.

Esto es lo que pueden esperar para 2027:

- **La misma excelente cobertura** – Todas las compañías aseguradoras seguirán siendo las mismas, incluyendo United Healthcare, Delta Dental of AZ, EyeMed Vision y Prudential.
- **Acceso continuo a TextCare** – Continuaremos ofreciendo TextCare a todos los empleados inscritos en un plan médico.
- **Aumento en las contribuciones a las cuentas de Ahorro para gastos médicos (HSA)** – La contribución annual de la compañía aumentará de $400 a **$500** para la cobertura individual y de $800 a **$1,000** para la cobertura familiar para quienes estén inscritos en el Plan de Salud con Deducible Alto.

Al mirar hacia el 2027, quiero **agradecerles** personalmente por su trabajo duro, dedicación, y compromiso. Ustedes han contribuido a construer la sólida empresa que somos hoy, y tengo la confianza que los mismos valores y el trabajo en equipo que nos han traído hasta aquí seguirán impulsando nuestro éxito.

Me entusiasman las oportunidades que temenos por delante y todo lo que construiremos juntos como parte de la familia IES.

Gracias por todo lo que hacen para que DBM Global y nuestro grupo de empresas sean líderes en la industria.

*Atentamente,*

Rustin Roach

*Rustin Roach*
*Director Ejecutivo y Presidente*



# Resumen de Beneficios

DBMG está comprometido a ofrecerle un programa integral de beneficios. Nuestro paquete de beneficios incluye cobertura médica, dental y de la vista para apoyar la salud y el bienestar de nuestros empleados y sus familias. Además, ofrecemos seguro de vida y cobertura por incapacidad para brindar protección financiera y tranquilidad en momentos de necesidad.

La Empresa cubre una parte significativa del costo de ciertos beneficios, mientras que otros requieren una contribución por parte del empleado. A continuación, se muestra un resumen de los beneficios disponibles y las contribuciones correspondientes.

| Beneficio | Quién Paga | Tratamiento Impositivo |
|---|---|---|
| Plan Médico | DBMG y Usted | Antes de Impuestos |
| Plan Dental | DBMG y Usted | Antes de Impuestos |
| Plan de Visión | Usted | Antes de Impuestos |
| Seguro Básico de Vida y AD&D | DBMG | No aplica |
| Seguro Voluntario de Vida y AD&D | Usted | Después de Impuestos |
| Seguro de Incapacidad a Corto Plazo (STD) Pagado por la Empresa | DBMG | No aplica |
| Seguro Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo (LTD) | Usted | No aplica |
| Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) | DBMG y Usted | Antes de Impuestos |
| Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)<br>FSA para la Salud, FSA para Propósitos Limitados, FSA para el Cuidado de Dependientes | Usted | Antes de Impuestos |
| Seguro de Accidente durante Viajes de Negocios | DBMG | No aplica |
| Protección contra el Robo de Identidad y Monitoreo de Crédito | Usted | Después de Impuestos |
| Plan de Jubilación 401(k) | DBMG y Usted | No aplica |

# Instrucciones para la Inscripción

## Inscripción Abierta Anual

Para el año del plan 2027, la Inscripción Abierta será **pasiva**. Esto significa que sus elecciones actuales de beneficios se transferirán automáticamente al siguiente año del plan, a menos que usted realice cambios durante el período de inscripción. Sin embargo, si desea participar en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA) o en una Cuenta de Gastos Flexibles (FSA) para 2027, deberá volver a inscribirse y elegir una nueva aportación anual, ya que las elecciones para estas cuentas no se transfieren automáticamente de un año a otro.

Si desea realizar cambios en sus beneficios durante este período de inscripción, puede acceder a **Paycom** desde su computadora o dispositivo móvil. A continuación, encontrará las instrucciones para completar su inscripción.

## Inscripción para Empleados Nuevos

Los empleados nuevos disponen de 60 días desde su fecha de contratación para completar su inscripción en los beneficios. Por favor, recuerde que las elecciones que realice se mantendrán vigentes por todo el año, a menos que experimente un evento de vida calificado que le permita realizar cambios fuera del periodo de inscripción.

| Instrucciones para la Inscripción |
|---|
| 1. Acceda a la aplicación Paycom. Desde el Centro de Notificaciones o desde la sección Beneficios, seleccione la opción Inscripción de Beneficios correspondiente al año actual. |
| 2. Revise la información e inicie su inscripción. Lea las instrucciones iniciales y haga clic en “Start Enrollment”. A continuacion, verifique o actualice su información personal, así como la información de sus dependientes y beneficiarios. |
| 3. Seleccione o rechace sus beneficios. Revise cada uno de los planes disponibles y elija la cobertura que mejor se adapte a sus necesidades. Para cada beneficio, deberá seleccionar la opción de inscripción o rechazar la cobertura. |
| 4. Finalice y envíe su inscripción. Una vez que haya completado sus elecciones, haga clic en “Finalize” y luego en “Sign and Submit“ para confirmer y enviar su inscripción. |



# 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.

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.

**QLEs incluyen, de forma enunciativa más no limitativa:**

- Nacimiento / Adopción
- Matrimonio, Divorcio o Separación Legal
- 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.

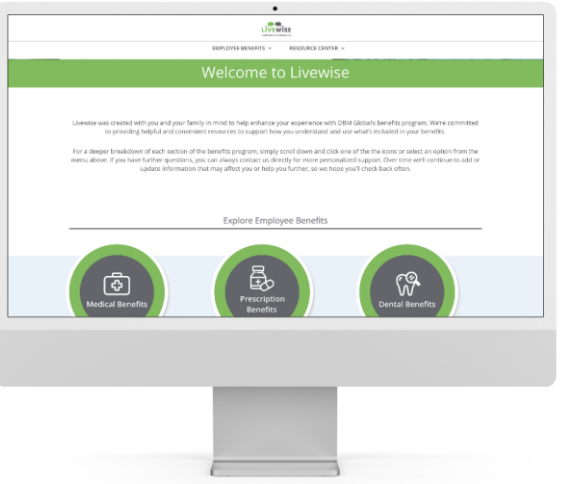
- Certificados de Matrimonio
- Certificado de Nacimiento o Registro de Nacimiento en Hospital
- Certificado de Defunción
- Confirmación de la Aseguradora
- Documentos de una Corte

# LiveWise

**LiveWise** fue creado para ayudarle a usted y a su familia a aprovechar al máximo el programa de beneficios de **DBM Global**. Estamos comprometidos a ofrecer recursos fáciles de usar que le ayuden a comprender y utilizar al máximo sus beneficios.

Visite **www.LiveWise.Info** durante la Inscripción Abierta y vuelva a visitarlo a lo largo del año. Periódicamente se agregarán nuevas herramientas, recursos e información para mantenerlo informado y brindarle el apoyo que necesita para tomar decisions sobre sus beneficios.

| Características de LiveWise |
| --- |
| **Experiencia mejorada para los participantes**, con información sobre beneficios fácil, práctica y accesible. |
| **Enlaces a sitios web importantes**, todos reunidos en una sola página central, clara y fácil de navegar. |
| **Obtenga más información sobre sus beneficios** y descubra recursos útiles. |



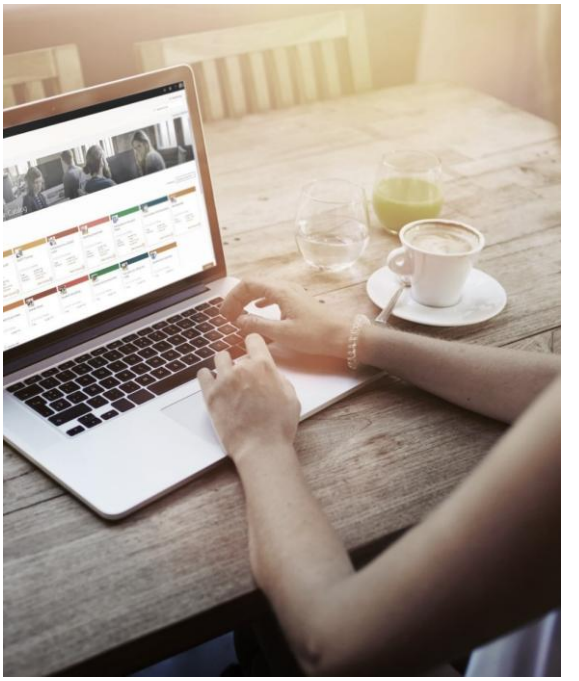

## Guías de Beneficios

Acceda fácilmente a su Guía de Beneficios, en cualquier momento y desde cualquier lugar.

Todas las guías de beneficios de DBMG están disponibles para que pueda consultar esta información cuando la necesite durante todo el año.

## Recursos Útiles

Aquí encontrará un glosario de términos importantes relacionados con los beneficios y los seguros, así como artículos y recursos informativos que le ayudarán a comprender mejor sus opciones y a mantenerse bien informado.



## Preguntas Frecuentes

Hemos facilitado el acceso para usted y su familia. Encuentren respuestas a las preguntas más frecuentes a través del 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?**



# 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. Todas las opciones utilizan la red Choice Plus de proveedores y cubre los mismos servicios. Las diferencias entre los planes se basan en el deducible, copagos y las primas semanales.

Por favor, tómese un momento para revisar los planes para elegir la que mejor se adapte a sus necesidades. En la página siguiente encontrará una comparación de los beneficios más utilizados. Para consultar un resumen completo de beneficios, visite http://LiveWise.Info.

| Contribuciones del Empleado (Por Semana) | | | |
|---|---|---|---|
| | HDHP con HSA | Deducible de $2,200 | Deducible de $1,000 |
| Empleado | $56.00 | $57.00 | $66.00 |
| Empleado + Cónyuge | $159.00 | $163.00 | $190.00 |
| Empleado + Hijo(s) | $151.00 | $154.00 | $180.00 |
| Familia | $213.00 | $218.00 | $255.00 |

*Las tarifas médicas para empleados activos de tiempo completo están vigentes del 1 de enero al 31 de diciembre de 2027. Los beneficios no están disponibles para empleados de medio tiempo, excepto empleados que trabajen un promedio de 30 horas o más por semana laboral, considerados de tiempo completo para propósitos de la Ley de Cuidados de Salud Asequibles (ACA). Si recibe su pago de forma quincenal, sus contribuciones se ajustarán en consecuencia.*

# Beneficios Médicos y de Farmacia

## Beneficios Médicos

| | HDHP (con HSA) | Deducible de $2,200 | Deducible de $1,000 |
|---|---|---|---|
| **Deducible Anual** | $3,500 / $7,000 (Individual / Familiar) | $2,200 / $4,400 (Individual / Familiar) | $1,000 / $2,000 (Individual / Familiar) |
| **Máximo de Bolsillo Anual** | $5,000 / $10,000 (Individual / Familiar) | $8,150 / $16,300 (Individual / Familiar) | $5,500 / $11,000 (Individual / Familiar) |
| **Servicios Preventivos** | Sin costo, cubiertos al 100% | Sin costo, cubiertos al 100% | Sin costo, cubiertos al 100% |
| **Consulta de Atención Primaria** Red designada / Red | 30% después del deducible | Sin costo, cubiertos al 100% | Copago de $25 / $50 |
| **Consulta de Especialista** Red designada / Red | 30% después del deducible | Copago de $95 | Copago de $50 / $80 |
| **Laboratorio y Radiografías Diagnóstico** | 30% después del deducible | 20% después del deducible | 20% después del deducible |
| **Hospitalización** | 30% después del deducible | 20% después del deducible | 20% después del deducible |
| **Cirugía Ambulatoria** | 30% después del deducible | 20% después del deducible | 20% después del deducible |
| **Atención de Urgencia** | 30% después del deducible | Copago de $50 | Copago de $50 |
| **Sala de Emergencias** | 30% después del deducible | Copago de $400 + 20% después del deducible | Copago de $400 |

Nota: La cobertura que se muestra arriba corresponde a servicios dentro de la red.

## Beneficios de Farmacia

| | HDHP (con HSA) | Deducible de $2,200 | Deducible de $1,000 |
|---|---|---|---|
| **Genéricos** | Copago de $10 después del deducible | Copago de $10 | Copago de $10 |
| **Marca Preferida** | Copago de $35 después del deducible | Copago de $35 | Copago de $35 |
| **Marca No Preferida** | Copago de $70 después del deducible | Copago de $70 | Copago de $70 |

* Algunos medicamentos preventivos del HDHP están cubiertos al 100% y no están sujetos al deducible anual.

# TextCare

*Administrado por One to One Health*

## ¡Bienvenido a TextCare!

Continuaremos ofreciendo **TextCare**, administrado por **One to One Health**, a los empleados y a los miembros de su hogar que estén inscritos en uno de nuestros planes médicos de **UHC**. TextCare está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y puede ayudarle a evitar visitas innecesarias a centros de atención urgente o salas de emergencia, además de ayudarle a ahorrar tiempo y dinero.

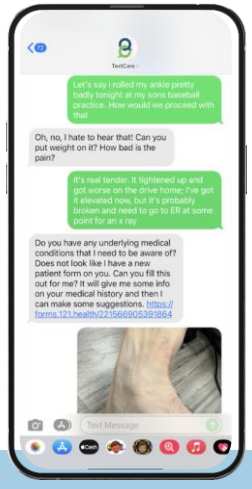
Simplemente envíe un mensaje de texto al (602) 609-5124 para iniciar la atención médica.

## ¿Como funciona?

- Envíe un mensaje de texto para iniciar la atención.
- Un proveedor del equipo de atención responderá en cuestión de minutos.
- El equipo evaluará su situación y le brindará orientación sobre el tratamiento adecuado.
- Reciba atención médica desde la comodidad de su hogar, oficina o dondequiera que se encuentre.

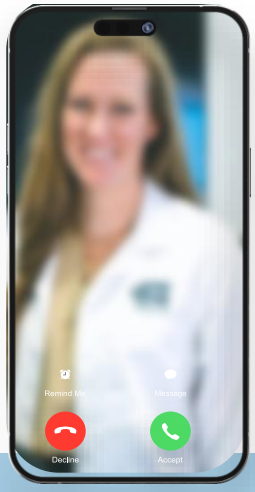
## ¿Para qué puedo utilizar TextCare?

- Consultar necesidades de atención primaria y urgente.
- Recibir apoyo para el manejo de enfermedades crónicas y medicamentos de uso rutinario.
- . Obtener referencias a proveedores o especialistas cuando el problema no pueda resolverse de forma virtual.
- Recibir recetas médicas cuando sea necesario, las cuales se enviarán a una farmacia local para su surtido



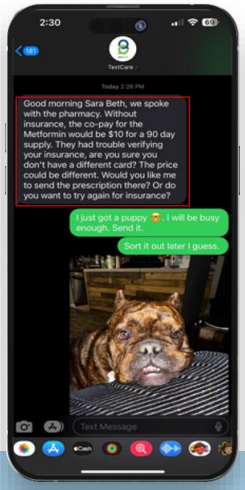

**MENSAJE DE TEXTO**

El **94%** de los pacientes prefiere mensajes de texto como su canal de comunicación favorito con su proveedor. El **26%** de todos las consultas por texto de texto incluyen una foto o un video compartido por el paciente.




**VIDEOLLAMADA**

La tecnología de videollamadas **WebRTC**, basada en navegador, le permite conectarse con profesionales de la salud mediante una videollamada con un solo clic, directamente desde su conversación de **TextCare**



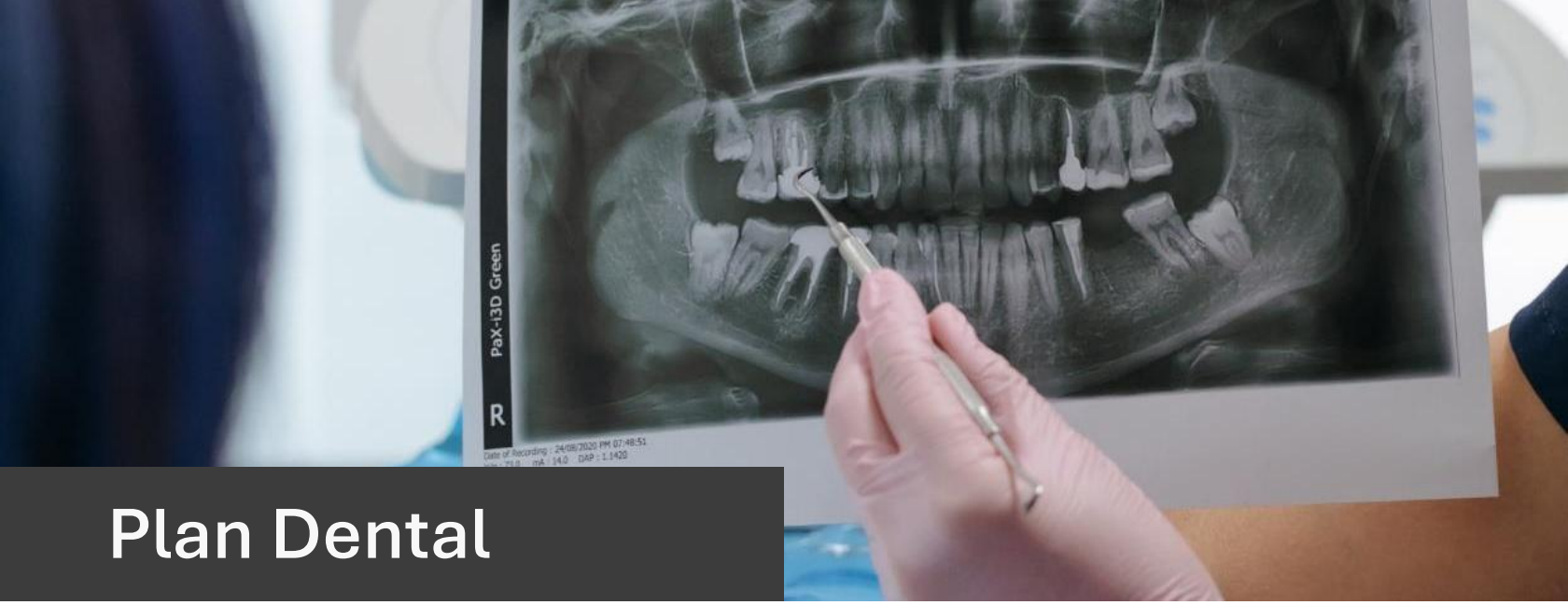

**CHAT ENCRIPTADO**

Comuníquese de forma segura mediante un chat completamente encriptado para proteger su información confidencial.




**LLAMADA**

Los proveedores pueden comunicarse con usted por teléfono, o bien usted puede llamar directamente a su número asignado para recibir atención médica cuando la necesite.




# Plan Dental

Los beneficios dentales continuarán siendo proporcionados por **Delta Dental**. Recuerde que puede visitar al proveedor dental de su elección; sin embargo, al utilizar proveedores dentro de las redes **PPO** o **Premier**, obtendrá el nivel más alto de beneficios.

Los proveedores fuera de la red pueden facturarle cargos adicionales por montos que excedan lo que se considera una tarifa **razonable y habitual** (*Reasonable & Customary*).

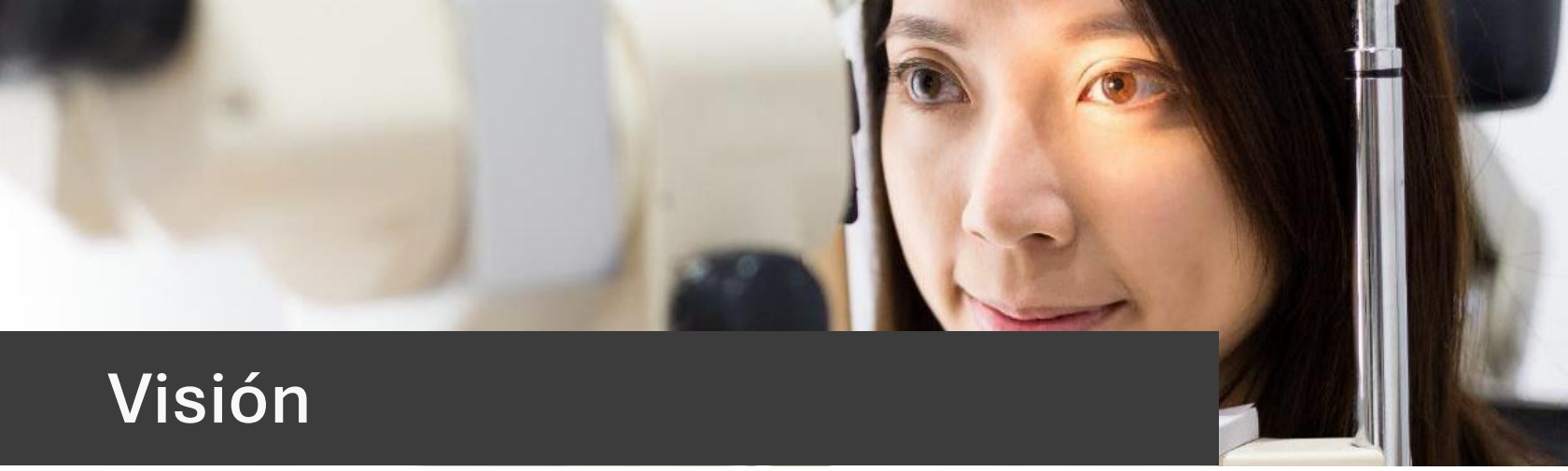
Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite **www.deltadentalaz.com** o llame al **(800) 352-6132**.

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

| Contribuciones del Empleado (Por Semana) | |
|---|---|
| Empleado | $3.00 |
| Empleado + Cónyuge | $5.85 |
| Empleado + Hijo(s) | $5.78 |
| Familia | $9.42 |

**¡Recordatorio!**

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



# Visión

Los beneficios de visión continúarán siendo proporcionados a través de EyeMed Vision Care en la red Insight. EyeMed cuenta con una amplia red de proveedores independientes, así como con establecimientos LensCrafters®, Target Optical® y la mayoría de las ubicaciones de Pearle Vision®. Para consultar una lista completa de proveedores cercanos, visite eyemed.com y seleccione la red Insight o llame al (866) 4-EYEMED.

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



# Seguro de Vida

El Seguro de Vida y AD&D de Prudential ayuda a brindar seguridad financiera a su familia en caso de un evento inesperado. El seguro de vida paga un beneficio a los beneficiarios que usted designe para ayudar con gastos actuales y futuros, como hipoteca o renta, cuidado infantil y otros gastos de vida. Además de la cobertura pagada por la empresa, puede adquirir cobertura voluntaria para usted, su cónyuge y sus hijos.

## Seguro de Vida Básico

DBMG proporciona un beneficio de seguro de Vida Básico de tarifa plana de $50,000. Si su muerte es causada por un accidente, el plan incluye una funcionalidad AD&D que paga $50,000 adicionales, duplicando el monto del beneficio. DBMG también proporciona una tarifa plana de $5,000 para su cónyuge y de $2,500 para hijos dependientes, sin costo para usted.

## Seguro de Vida y AD&D Voluntarios

Además del Seguro de Vida Básico proporcionado por DBMG, puede adquirir cobertura adicional de Seguro Voluntario de Vida y AD&D para usted y su familia. Para que los dependientes sean elegibles, el empleado debe inscribirse en la cobertura voluntaria.

**Seguro de Vida Voluntario para el Empleado**

- Incrementos de $10,000 hasta un máximo de $500,000
- Emisión Garantizada: $200,000 (al ser elegible por primera vez)*
- La cobertura no puede exceder 10 veces el salario anual

**Seguro de Vida Voluntario para el Cónyuge**

- Incrementos de $5,000 hasta un máximo de $250,000
- Emisión Garantizada: $50,000 (al ser elegible por primera vez)*
- La cobertura no puede exceder el 100% de la cobertura del empleado

**Seguro de Vida para Hijos:** Opción de cobertura de $5,000 o $10,000

## Requisitos de Evidencia de Asegurabilidad (EOI)

Se require presenter un fomulario de EOI para cualquier monto que exceda la Emisión Garantizada al momento de la contratación, así como para cualquier elección o aumento de cobertura realizado durante la inscripción abierta.

# Seguro de Incapacidad

El Seguro de Vida y AD&D de Prudential ayuda a brindar seguridad financiera a su familia en caso de un evento inesperado. El seguro de vida paga un beneficio a los beneficiarios que usted designe para ayudar con gastos actuales y futuros, como hipoteca o renta, cuidado infantil y otros gastos de vida. Además de la cobertura pagada por la empresa, puede adquirir cobertura voluntaria para usted, su cónyuge y sus hijos.

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

La cobertura de STD le proporciona un beneficio económico si no puede trabajar temporalmente debido a una lesion, enfermedad, o licencia por maternidad. Su médico y la compañía de seguros trabajarán en conjunto para determinar cuánto tiempo serán pagaderos los beneficios, según su condición.

- **Beneficio semanal:** 50% de sus ingresos semanales totales, hasta un máximo de $500
- **Inicio de los beneficios:** a partir del 8º día de incapacidad
- **Duración de los beneficios:** hasta 12 semanas

## Seguro Voluntario de Incapacidad a Largo Plazo (LTD)

La cobertura de LTD le proporciona un porcentaje de sus ingresos si no puede trabajar durante un período prolongado debido a una lesión o enfermedad que le impida desempeñar las funciones de su trabajo.

- **Beneficio mensual:** 60% de sus ingresos mensuales, hasta un máximo de $5,000
- **Inicio de los beneficios:** después de 90 días
- **Duración del beneficio:** hasta los **65 años** (si la incapacidad comienza antes de los 62 años) o hasta alcanzar la Edad Normal de Jubilación del Seguro Social (si la incapacidad comienza a los 63 años o más)

**Prueba de Asegurabilidad (Evidence of Insurability, EOI):** se requiere para la cobertura voluntaria de LTD si no se inscribió cuando fue elegible inicialmente como nuevo empleado. El formulario EOI debe completarse y enviarse en línea y debe ser aprobado por la compañía aseguradora antes de que la cobertura entre en effecto. Si no presenta el formulario EOI dentro de los 45 dias posteriores a completer su inscripción, la cobertura será rechazada automáticamente.

## Recursos Adicionales de Prudential

Con ComPsych GuidanceResources de Prudential y Travel Assistance de IMG, tiene acceso a varias herramientas y recursos, que incluyen un Programa de Asistencia al Empleado (EAP), Información Financiera, Información Legal y más.

Obtenga ayuda 24/7/365
Llame al (800) 311-4327 o visite
www.guidanceresources.com
Ingrese el ID web de la empresa:
GRS311

**EAP:** Puede recibir hasta **seis (6) sesiones GRATUITAS de asesoramiento presencial**. Guidance Consultant puede ayudarle con inquietudes personales, como depresión, estrés y ansiedad, conflictos matrimoniales y familiares, adicciones, y mucho más.

**LEGAL:** Cuando surja un asunto legal, abogados especializados están disponibles para brindarle apoyo confidencial, información práctica y fácil de entender, así como asistencia. Puede llamar en cualquier momento para consultar sobre temas legales, incluidos divorcio y derecho familiar, bancarrota, obligaciones de deuda y más.

**VIAJES:** Con los servicios de Asistencia en Viajes, tiene acceso a transporte médico de emergencia, asistencia médica, asistencia para viajes y servicios de apoyo en seguridad. Comuníquese con IMG al **(855) 847-2194** (desde los Estados Unidos) o por correo electrónico a **assist@imglobal.com**.

# Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)

## Cuenta de Ahorros para la Salud

Una **Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA)** es una forma sencilla de pagar los gastos de atención médica que tiene hoy y ahorrar para gastos que pueda tener en el futuro. Es una cuenta de ahorro con ventajas fiscales disponible para quienes se inscriben en el **Plan de Salud con Deducible Alto (HDHP)**.

Usted y **DBMG** pueden realizar contribuciones antes de impuestos a su cuenta para ayudar a cubrir gastos médicos de bolsillo. El dinero que no utilice permanece en su cuenta y continúa acumulándose año tras año, por lo que puede utilizarlo en el futuro, incluso después de su jubilación.

**HealthEquity** es el administrador de la HSA. Si se inscribe en el HDHP, su cuenta se abrirá automáticamente. Para obtener más información, visite **www.healthequity.com**.

### Cómo funciona la HSA de HealthEquity

Una cuenta HSA se abrirá automáticamente para los empleados elegibles que se inscriban en el HDHP de UHC. HealthEquity le enviará una tarjeta de débito que podrá utilizar para pagar gastos elegibles. Los empleados no están obligados a realizar contribuciones a la HSA; sin embargo, es necesario contribuir para poder recibir las contribuciones del empleador.

Para ayudarlo a comenzar, DBMG contribuye a su HSA.

**Contribuciones del Empleador DBMG:**
- Solo Empleado: $500
- Empleado + Dependientes o Familia: $1,000

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

**Límites Máximos de Contribución del IRS para 2027 (incluyendo las Contribuciones del Empleador)**
- Solo Empleado: $4,500
- Empleado + Familia: $9,000

## Razones para Tener una HSA

1. **Libre de impuestos:** No paga impuesto federales sobre las contribuciones ni impuesto estatales en la mayoría de los estados. Los retiros también están libres de impuestos siempre y cuando sean utilizados para gastos médicos elegibles.
2. **No hay regla "úselo o piérdalo":** Su saldo se transfiere de un año a otro. Usted es el propietario de la cuenta y puede seguir utilizándola incluso si cambia de plan médico o deja la empresa.
3. **Úsela ahora o después:** Puede utilizar su HSA para gastos médicos actuales o ahorrar los fondos para utilizarlos en el futuro.
4. **Aumenta sus ahorros para la jubilación.** Después de jubilarse, puede utilizar su HSA para gastos médicos libre de impuestos. También puede usar los fondos para gastos de vida cotidianos; aunque estos retiros estarán sujetos a impuestos, no tendrá penalizaciones.

### ¿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** puede ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona
- **No** está inscrito en Medicare, Medicaid, TRICARE o VBA

# Cuentas de Gastos Flexibles (FSA)

## Cuenta Flexible para Gastos de 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 2026 no continúan en 2027.*

## Cómo Utilizar Su FSA de Salud

Usted decide cuánto desea contribuir a su FSA de Salud cada año, con un **máximo de $3,500.** Recibirá una tarjeta de débito de HealthEquity para usar para gastos elegibles.

**Los Gastos Elegibles Incluyen:**

- Copagos por visitas al consultorio médico
- Deducible y Coseguro
- Medicamentos recetados
- Gastos de atención quiropráctica, acupuntura y fisioterapia

*Para observar una lista completa de gastos elegibles, consulte la Publicación 502 del IRS o visite www.LivwWise.info.*

## No Pierda Sus Fondos

Considere cuidadosamente sus contribuciones a la FSA de Salud. El dinero que reserve debe utilizarse durante el año del plan; los fondos que no sean utilizados se perderán*.

**Puede aplicarse una disposición de traspaso de fondos. Comuníquese con Benefits@dbmglobal.com para obtener información adicional.*

## Cuenta Flexible para Gastos de Propósitos Limitados (LPFSA)

La Cuenta Flexible para Gastos de Propósito Limitado (LPFSA) está diseñada específicamente para empleados inscritos en el HDHP y en una Cuenta de Ahorros para la Salud (HSA). Una LPFSA puede utilizarse junto con una HSA, lo que le permite maximizar sus ahorros libres de impuestos. Puede utilizar los fondos de la HSA para gastos médicos mientras utiliza los **fondos de la LPFSA únicamente para gastos dentales y de visión**.



# Cuentas de Gastos Flexibles

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

La Cuenta de Gastos Flexible para el Cuidado de Dependientes (DCFSA), a través de HealthEquity, le permite contribuir dinero antes de impuestos para pagar gastos elegibles de cuidado de dependientes. Los dependientes elegibles incluyen niños menores de 13 años, un cónyuge discapacitado o un padre adulto que requiere cuidado. Debe volver a inscribirse en este plan cada año.

Al inscribirse, usted decide cuánto dinero desea aportar a su cuenta para el año, antes de impuestos, hasta los límites establecidos por el IRS. Cuando incurra un gasto elegible, puede presentar un reclamo con la documentación requerida y recibirá un reembolso libre de impuestos.

**El monto máximo que puede aportar en 2027 se mantienen a $7,500** (si está casado y presenta una declaración de impuestos separadas, su contribución máxima anual es de $3,750).

## No Pierda Sus Fondos

Considere cuidadosamente sus contribuciones a la DCFSA. Según las regulaciones del IRS, los fondos no utilizados se perderán. Los gastos deben haberse generado antes del último día del año o el último día del plan o de su último día de empleo.

## Reembolso de Reclamos

Solo puede recibir reembolso hasta el monto que se haya deducido de su salario hasta la fecha. El reembolso se basa en la fecha en que recibió el servicio de cuidado de dependientes, no la fecha en la que pagó la factura ni en la fecha de facturación. El año del plan DCFSA corre del 1 de enero de 2027 al 31 de diciembre de 2027 y tiene hasta el 15 de marzo de 2028 para presentar reclamaciones.

## Gastos Elegibles

A continuación, se muestran 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 infantil o personas que cumplen con las leyes y regulaciones estatales y locales aplicables |
| Pagos por programas de cuidado antes y después de la escuela para niños que asisten a kindergarten o grados más superiores |
| Pagos a familiares por el cuidado de dependientes que califiquen; sin embargo, 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 final del año calendario; y |
| Pagos (en lugar del cuidado de día regulares) a campamentos de día, como fútbol, computación, u otras actividades similares; sin embargo, los campamentos nocturnos no so elegibles. |

# Jubilacion 401(k)

En DBMG, estamos comprometidos con el bienestar financiero a largo plazo de nuestros empleados. Planificar la jubilación es una parte importante de la seguridad financiera, y nuestro Plan de Ahorro para la Jubilación 401(k), administrado por Principal, ofrece una excelente oportunidad para ahorrar para el futuro.

## Elegibilidad e inscripción

Los empleados pueden participar a partir del primer día del mes siguiente a los 30 días de empleo. Los empleados quedan **inscritos automáticamente** con una **aportación del 6% antes de impuestos**, a partir del primer ciclo de nómina después de cumplir el requisito de elegibilidad.

## Cómo aumentar el saldo de su cuenta

Los empleados pueden aportar entre el 1% y el 100% de su remuneración elegible mediante aportaciones antes de impuestos y/o Roth (después de impuestos). El límite combinado de aportaciones para 2027 es de **$25,500 al año**, sujeto a los límites del IRS.

Las **aportaciones adicionales de recuperación (catch-up)** están disponibles para los empleados elegibles según la edad que cumplan al finalizar el año calendario.

- **A partir de los 50 años:** Se permiten **$8,500 adicionales en aportaciones de recuperación**, para un total de **$34,000 al año**
- **De 60 a 63 años:** Se permiten **$11,750 adicionales en aportaciones de recuperación especial (super catch-up)**, para un total de **$37,250 al año**

Según las normas del IRS, ciertos empleados con ingresos más altos deben realizar sus aportaciones de recuperación como aportaciones Roth (después de impuestos).

## Participación en las utilidades

DBMG aportará **$0.90** a su cuenta por cada hora de servicio que se le acredite durante el período. Usted adquirirá el derecho al 100% de estas aportaciones al cumplir 3 años de empleo.

## Inversiones

Tiene una variedad de inversiones para elegir. Puede crear su propia cartera, seleccionar una cartera prediseñada basada en su edad prevista de jubilación (denominada “Target Date Funds” o fondos con fecha objetivo), o elegir la opción de inversión del plan administrada por profesionales (denominada “Target My Retirement”).

## Cómo administrar su cuenta 401(k)

Registre su cuenta para mantenerse al tanto de sus ahorros para la jubilación. Principal ofrece acceso seguro en línea las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para consultar su saldo, dar seguimiento a sus ahorros para la jubilación y administrar la información de su cuenta. También puede cambiar sus elecciones de aportación y actualizar su información personal de contacto.

En línea: **principal.com**
Atención al cliente: **(800) 547-7754**
Nombre del Empleador: **DBM Global**
Numero de Contrato: **3-72432**

Cuando se comunique con Principal, indique que su empleador es DBM Global.



# Beneficios Adicionales

El programa de beneficios de DBMG incluye otras herramientas y recursos valiosos además de nuestro paquete principal de beneficios. Nos enorgullece colaborar con nuestros proveedores y socios para ampliar las opciones disponibles para usted y su familia. Tómese un momento para revisar los destacados de nuestros beneficios adicionales y visitar www.LiveWise.info para más detalles.

| |
|---|
| **Seguro de Accidente en Viajes de Negocios (Beneficio Pagado por la Empresa)**<br>Tiene acceso a seguro de Accidente en Viajes de Negocios 24/7 a través de Chubb Accident & Health. |
| **Working Advantage**<br>Este es un programa de descuentos que puede ayudarle a ahorrar hasta un 60% en boletos, viajes y compras. Visite www.workingadvantage.com e ingrese el código de la compañía: **572475466** |
| **Protección contra el Robo de Identidad y Crediticia de InfoArmor**<br>InfoArmor es un servicio de protección contra el robo de identidad y de monitoreo de crédito. |
| **Seguro para Mascotas de Nationwide**<br>Los empleados de DBMG pueden recibir un descuento en el Seguro para Mascotas de Nationwide. Esta es una excelente manera de demostrar cuánto valora a cada miembro de su familia, incluso a los de cuatro patas.<br>Visite www.petinsurance.com/employee-Benefits/company-search/ y busque **DBM Global**. |

# Programa de Feriados para 2027

## Feriados Pagados en 2027

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

| Feriados Observados | |
|---|---|
| Año Nuevo | Viernes, 1 de enero de 2027 |
| Día de los Caídos (Memorial Day) | Lunes, 31 de mayo de 2027 |
| Día de la Independencia | Lunes, 5 de julio de 2027 |
| Día del Trabajo | Lunes, 6 de septiembre de 2027 |
| Día de Acción de Gracias | Jueves, 25 de noviembre de 2027 |
| Día Después de Acción de Gracias | Viernes, 26 de noviembre de 2027 |
| Noche Buena | Jueves, 23 de diciembre de 2027 |
| Día de Navidad | Viernes, 24 de diciembre de 2027 |



# Contactos Importantes

Entender sus beneficios puede parecer complicado, pero no tiene por qué serlo. Nuestro equipo de especialista en beneficios está aquí para ayudarle en cada paso del proceso. Si tiene preguntas sobre con quién debe comunicarse, le recomendamos que primero contacte al Equipo de Beneficios de DBMG. Con gusto le orientamos y le dirigiremos al recurso adecuado para que reciba la asistencia de calidad que necesita. También puede comunicarse directamente con cualquiera de los proveedores que se indican a continuación.

| PROVEEDOR / BENEFICIO | NÚMERO DE PÓLIZA | NÚMERO DE TELÉFONO | SITIO WEB |
|---|---|---|---|
| **Plan Médico y de Farmacia**<br>UnitedHealthcare | 0923344 | (866) 314-0335 | myuhc.com |
| **Atención Médica Virtual**<br>TextCare | | (602) 609-5124 | |
| **Plan Dental**<br>Delta Dental of Arizona | 4409 | (800) 352-6132 | deltadentalaz.com |
| **Plan de Visión**<br>EyeMed | 1011446 | (866) 723-0513 | eyemed.com |
| **Seguro de Vida, AD&D e Incapacidad**<br>Prudential | 73002 | (877) 367-7781 | prudential.com/mybenefits |
| **Cuenta de Ahorros de Salud**<br>**Cuenta de Gastos Flexible**<br>HealthEquity | | (866) 346-5800 | healthequity.com |
| **Protección contra Robo de Identidad**<br>InfoArmor | | (800) 789-2720 | infoarmor.com |
| **Seguro de Mascotas**<br>Nationwide | Search<br>DBM Global | (877) 738-7874 | petinsurance.com<br>Use DBM Global |
| **Jubilacion 401(k)**<br>Principal | 3-27432 | (800) 547-7754 | principal.com |
| **Programa de Descuentos**<br>Working Advantage | 572475466 | (800) 565-3712 | workingadvantage.com |
| **DBM Global Benefits** | | (844) 200-7392 | benefits@dbmglobal.com |

# Avisos Legales

### Aviso de Disponibilidad de las Prácticas de Privacidad

Mantenemos el Aviso de Prácticas de Privacidad conforme a HIPAA para DBM Global, el cual describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información de salud. Puede obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad comunicándose con el Departamento de Beneficios de DBMG en benefits@dbmglobal.com.

### Aviso sobre la Elección de Proveedores

UnitedHealthcare generalmente permite la designación de un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider o PCP). Usted tiene el derecho de designar cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a sus familiares. Para obtener información sobre cómo seleccionar un proveedor de atención primaria y acceder a una lista de los proveedores participantes, comuníquese con UnitedHealthcare al número de Servicios para Miembros que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación.

Para los menores de edad, usted puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de UnitedHealthcare ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para recibir atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud de nuestra red especializado en obstetricia o ginecología. Sin embargo, dicho profesional de la salud puede estar obligado a cumplir ciertos procedimientos, incluidos la obtención de autorización previa para determinados servicios, el seguimiento de un plan de tratamiento previamente aprobado o los procedimientos de referencia correspondientes. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes especializados en obstetricia o ginecología, comuníquese con UHC.

### Aviso HIPAA sobre Derechos de Inscripción Especial

Si rechaza la inscripción en el plan de salud de DBM Global para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a que cuenta con otro seguro médico o cobertura de un plan de salud grupal, usted o sus dependientes podrían inscribirse en nuestro plan de salud sin esperar al próximo período de inscripción abierta si ocurre alguna de las siguientes situaciones:

Pierde otra cobertura de seguro médico o de un plan de salud grupal. Debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la pérdida de dicha cobertura.

Obtiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción. Debe solicitar la inscripción en el plan de salud dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

Pierde la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) porque ya no reúne los requisitos para recibirla. Debe solicitar la inscripción en el plan médico dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de dicha cobertura.

Si solicita un cambio debido a un evento de inscripción especial dentro del período de 30 días, la cobertura será efectiva en la fecha de nacimiento, adopción o colocación para adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

Además, usted puede inscribirse en el plan de salud de DBM Global si llega a ser elegible para un programa estatal de asistencia para primas bajo Medicaid o CHIP. Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a haber adquirido la elegibilidad para la cobertura médica. Si solicita este cambio, la cobertura será efectiva el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción. Pueden aplicarse restricciones específicas dependiendo de las leyes federales y estatales.

Nota: Si su dependiente adquiere el derecho a una inscripción especial, usted puede agregarlo a su cobertura actual o cambiarse a otro plan de salud.

### Asistencia para el Pago de Primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y también son elegibles para la cobertura médica ofrecida por su empleador, es posible que su estado cuente con un programa de asistencia para primas que ayude a pagar el costo de la cobertura utilizando fondos de Medicaid o CHIP.

Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no podrán acceder a estos programas de asistencia para primas. Sin embargo, podrían adquirir cobertura médica individual a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Marketplace). Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y residen en uno de los estados indicados más adelante, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si existe asistencia para el pago de primas.

Si usted o sus dependientes **no están inscritos actualmente** en Medicaid o CHIP, pero considera que podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para obtener información sobre cómo presentar una solicitud. Si califica, consulte con su estado si existe 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 para primas bajo Medicaid o CHIP y también cumplen los requisitos para participar en el plan de salud de su empleador, el empleador debe permitirle inscribirse en dicho plan si aún no está inscrito. Esto se conoce como una **"oportunidad de inscripción especial"**, y debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días posteriores a la determinación de elegibilidad para la asistencia de primas.

Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de salud de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo al sitio web www.askebsa.dol.gov o llame **al 1-866-444-EBSA (3272)**.

Si reside en uno de los estados que aparecen a continuación, podría ser elegible para recibir asistencia para el pago de las primas del plan de salud patrocinado por su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al **31 de julio de 2025.** Comuníquese con su estado para obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad.

# Avisos Legales

**ALABAMA – Medicaid**

Sitio web: http://myalhipp.com/ | Teléfono: 1-855-692-5447

**ALASKA – Medicaid**

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de Alaska (AK HIPP)
Sitio web: http://myakhipp.com/ | Teléfono: 1-866-251-4861
Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad para 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**

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico (HIPP)
Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp
Teléfono: 1-916-445-8322 | Fax: 1-916-440-5676
Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

**COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)**

Health First Colorado:
Sitio web: https://www.healthfirstcolorado.com/
Centro de contacto para miembros: 1-800-221-3943 | Servicio de retransmisión estatal: 711
CHP+:
Sitio web: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus
Servicio al cliente: 1-800-359-1991 | Servicio de retransmisión estatal: 711
Programa de Compra de Seguro Médico (HIBI):
Sitio web: https://www.mycohibi.com/
Servicio al cliente: 1-855-692-6442

**FLORIDA – Medicaid**

Sitio web:
https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html
Teléfono: 1-877-357-3268

**GEORGIA – Medicaid**

Programa HIPP de Georgia:
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp
Teléfono: 678-564-1162, opción 1
Programa CHIPRA de Georgia:
Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra
Teléfono: 678-564-1162, opción 2

**INDIANA – Medicaid**

Programa de Pago de Primas de Seguro Médico
Sitios web:
https://www.in.gov/medicaid/ | http://www.in.gov/fssa/dfr/ Administración de Servicios para Familias y Servicios Sociales
Teléfono de la Administración de Servicios para Familias y Servicios Sociales: (800) 403-0864
Teléfono de Servicios para Miembros: (800) 457-4584

**IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)**

Sitio web: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Hawki:
Sitio web: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Programa HIPP:
Sitio web: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp
Teléfono de HIPP: 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**

Programa Integrado de Pago de Primas de Seguro Médico de Kentucky (KI-HIPP)
Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov
KCHIP:
Sitio web: https://kynect.ky.gov
Teléfono: 1-877-524-4718
Medicaid de Kentucky:
Sitio web: https://chfs.ky.gov/agencies/dms

**LOUISIANA – Medicaid**

Sitio web de Medicaid de Luisiana: https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana
Servicio al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207
Correo electrónico: healthy@la.gov
Programa de Pago de Primas de Seguro Médico de Luisiana (LaHIPP):
Sitio web: https://www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-877-697-6703
Correo electrónico: La.HIPP@la.gov

**MAINE – Medicaid**

Sitio web de inscripción:
https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Maine Relay 711
Página sobre Primas de Seguro Médico Privado:
Sitio web: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Maine Relay 711

**MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP**

Sitio web: https://www.mass.gov/masshealth/pa
Teléfono: 1-800-862-4840
TTY: 711
Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

**MINNESOTA – Medicaid**

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

**MISSOURI – Medicaid**

Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm
Phone: 573-751-2005

# Avisos Legales

| | |
|---|---|
| **MONTANA – Medicaid** | **RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084<br>Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov | Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/<br>Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa RIte Share) |
| **NEBRASKA – Medicaid** | **SOUTH CAROLINA – Medicaid** |
| Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov<br>Teléfono: 1-855-632-7633<br>Lincoln: 402-473-7000<br>Omaha: 402-595-1178 | Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820 |
| **NEVADA – Medicaid** | **SOUTH DAKOTA – Medicaid** |
| Sitio web de Medicaid: http://dhcfp.nv.gov<br>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900 | Sitio web: http://dss.sd.gov<br>Teléfono: 1-888-828-0059 |
| **NEW HAMPSHIRE – Medicaid** | **TEXAS – Medicaid** |
| Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program<br>Teléfono: 603-271-5218<br>Número gratuito del programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218<br>Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov | Sitio web: https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program<br>Teléfono: 1-800-440-0493 |
| **NEW JERSEY – Medicaid y CHIP** | **UTAH – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web de Medicaid:<br>http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/<br>Teléfono: 800-356-1561<br>Asistencia para primas de CHIP:<br>Teléfono: 609-631-2392<br>Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html<br>Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711) | Programa de Asociación para Primas de Seguro Médico de Utah (UPP):<br>Sitio web: https://medicaid.utah.gov/upp/<br>Correo electrónico: upp@utah.gov<br>Teléfono: 1-888-222-2542<br>Programa de Expansión para Adultos:<br>Sitio web: https://medicaid.utah.gov/expansion/<br>Programa de Compra de Medicaid:<br>Sitio web: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/<br>CHIP: Sitio web: https://chip.utah.gov/ |
| **NEW YORK – Medicaid** | **VERMONT – Medicaid** |
| Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/<br>Teléfono: 1-800-541-2831 | Sitio web: https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program<br>Teléfono: 1-800-250-8427 |
| **NORTH CAROLINA – Medicaid** | **VIRGINIA – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/<br>Teléfono: 919-855-4100 | Sitios web: https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select o https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs<br>Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924 |
| **NORTH DAKOTA – Medicaid** | **WASHINGTON – Medicaid** |
| Sitio web: https://www.hhs.nd.gov/healthcare<br>Teléfono: 1-844-854-4825 | Sitio web: https://www.hca.wa.gov/<br>Teléfono: 1-800-562-3022 |
| **OKLAHOMA – Medicaid y CHIP** | **WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: http://www.insureoklahoma.org<br>Teléfono: 1-888-365-3742 | Sitios web: https://dhhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhipp.com/<br>Teléfono de Medicaid: 304-558-1700<br>Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447) |
| **OREGON – Medicaid y CHIP** | **WISCONSIN – Medicaid y CHIP** |
| Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx<br>Teléfono: 1-800-699-9075 | Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm<br>Teléfono: 1-800-362-3002 |
| **PENNSYLVANIA – Medicaid y CHIP** | **WYOMING – Medicaid** |
| Sitio web del programa HIPP: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html<br>Teléfono: 1-800-692-7462<br>Sitio web de CHIP: (pa.gov)<br>Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437) | Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/<br>Teléfono: 1-800-251-1269 |

Para verificar si otros estados han agregado un programa de asistencia para el pago de primas desde el **31 de julio de 2026**, o para obtener más información sobre los **derechos de inscripción especial**, comuníquese con cualquiera de las siguientes agencias:

**Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (U.S. Department of Labor)**
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (Employee Benefits Security Administration, EBSA)
Sitio web: **www.dol.gov/agencies/ebsa**
Teléfono: **1-866-444-EBSA (3272)**

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services)**
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services)
Sitio web: **www.cms.hhs.gov**
Teléfono: **1-877-267-2323**, opción de menú **4**, extensión **61565**.

# Avisos Legales

**Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act)**
Si usted ha tenido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se proporcionará de acuerdo con lo que determinen conjuntamente el médico tratante y la paciente para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para lograr una apariencia simétrica.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas derivadas de la mastectomía, incluido el linfedema.
- Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y porcentajes de coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos cubiertos por este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y porcentajes de coseguro:
- Deducible de $1,000 y coseguro del 20%.
- Deducible de $2,200 y coseguro del 20%.
- HDHP con deducible de $3,500 y coseguro del 30%.

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, comuníquese con el Departamento de Beneficios de DBMG en benefits@dbmglobal.com.

**Ley de Protección de la Salud de las Madres y los Recién Nacidos (Newborns' and Mothers' Health Protection Act)**
Por lo general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros médicos no pueden, conforme a la ley federal, limitar los beneficios relacionados con la hospitalización por parto de la madre o del recién nacido a menos de:
48 horas después de un parto vaginal; o
96 horas después de una cesárea.
Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de esos períodos (48 o 96 horas, según corresponda).
Además, los planes y aseguradoras no pueden exigir que un proveedor obtenga autorización previa para prescribir una estancia hospitalaria que no exceda las 48 horas después de un parto vaginal o las 96 horas después de una cesárea.
Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, comuníquese con el Departamento de Beneficios de DBMG en benefits@dbmglobal.com.

**Normas de "No Surprises" (Sin Sorpresas)**
Las normas de "No Surprises" lo protegen de facturas médicas inesperadas en situaciones en las que no puede elegir fácilmente un proveedor que participe en la red de su plan de salud. Esto es especialmente común en situaciones de emergencia, cuando puede recibir atención de proveedores fuera de la red.
Los proveedores fuera de la red o los centros de emergencia pueden solicitarle que firme un formulario de notificación y consentimiento antes de proporcionar ciertos servicios una vez que ya no necesite atención de emergencia. Estos servicios se conocen como servicios posteriores a la estabilización (*post-stabilization services*).
No deberían pedirle que firme este formulario si está recibiendo servicios de emergencia distintos de los servicios posteriores a la estabilización. También es posible que se le solicite firmar una notificación y consentimiento si programa ciertos servicios no urgentes con un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico ambulatorio que sí participa en la red.
El formulario de notificación y consentimiento:
Le informa sobre sus protecciones contra facturas médicas inesperadas.
Le ofrece la opción de renunciar a esas protecciones y pagar más por atención fuera de la red.
Proporciona una estimación de lo que podría costar su atención fuera de la red.
No está obligado a firmar este formulario y no debería hacerlo si no tuvo la posibilidad de elegir un proveedor o centro médico antes de programar la atención. Si decide no firmarlo, es posible que tenga que reprogramar su atención con un proveedor o centro que participe en la red de su plan de salud.
Estas protecciones se aplican si usted es participante, beneficiario, afiliado o individuo cubierto por un plan de salud grupal o por una cobertura de seguro médico grupal o individual, incluidos los planes del Programa Federal de Beneficios de Salud para Empleados (FEHB).

**Aviso de la Ley de Cuidado de Salud Asequible (ACA Disclaimer)**
Esta oferta de cobertura puede descalificarle para recibir subsidios gubernamentales para un plan del Mercado de Seguros Médicos (*Exchange*), incluso si decide no inscribirse.
Para ser elegible para un subsidio, deberá demostrar que esta oferta de cobertura no es asequible para usted. Esto significa que, en 2027, la contribución requerida para la cobertura de empleado solamente bajo nuestro plan base excede el 10.22 % de su ingreso familiar ajustado bruto modificado (*Modified Adjusted Household Income*).

**Declaración de la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act Statement)**
De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB).
El Departamento señala que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información a menos que haya sido aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control vigente de la OMB. Asimismo, el público no está obligado a responder a una recopilación de información que no muestre un número de control válido y vigente. Consulte 44 U.S.C. § 3507.

Además, independientemente de cualquier otra disposición legal, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si esta no muestra un número de control válido y vigente de la OMB. Consulte 44 U.S.C. § 3512.
Se estima que la carga de tiempo para el público relacionada con esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se invita a las personas interesadas a enviar comentarios sobre esta estimación o sobre cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir dicha carga, a:
U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
Office of Policy and Research
Attn: PRA Clearance Officer
200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718
Washington, DC 20210
Correo electrónico: ebsa.opr@dol.gov
Por favor, haga referencia al Número de Control OMB 1210-0137.

# Avisos Legales

## Aviso sobre la Parte D de Medicare

## Aviso Importante de DBM Global sobre su Cobertura de Medicamentos Recetados y Medicare

**Léalo detenidamente y consérvelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados a través de DBM Global y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y los costos correspondientes, 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 encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones relacionadas con su cobertura de medicamentos recetados.**

Hay dos aspectos importantes que debe conocer acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todas las personas elegibles para Medicare. Puede obtener esta cobertura inscribiéndose en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare (Medicare Prescription Drug Plan) o en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que incluya cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes pueden ofrecer una cobertura más amplia a cambio de una prima mensual más alta.

2. DBM Global ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por UnitedHealthcare se espera que, en promedio para todos los participantes del plan, pague al menos tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare. Por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable (Creditable Coverage). Debido a que su cobertura actual es acreditable, puede mantener esta cobertura y no tendrá que pagar una prima más alta (penalización) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

**¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**
Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y posteriormente cada año, del 15 de octubre al 7 de diciembre.
Además, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual por causas ajenas a su voluntad, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

**¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**
Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura de DBM Global no se verá afectada. Consulte la información a continuación para obtener más detalles sobre cómo su cobertura actual interactúa con un plan de medicamentos de Medicare.
Dado que la cobertura de medicamentos recetados existente a través de UnitedHealthcare es acreditable (es decir, tan buena como la cobertura de Medicare), puede:

- Mantener su cobertura actual de medicamentos recetados y optar por no inscribirse en un plan Medicare Parte D; o
- Inscribirse en un plan Medicare Parte D como complemento o sustituto de su cobertura actual de medicamentos recetados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura de medicamentos recetados de DBM Global, tenga en cuenta que usted y sus dependientes solo podrán recuperar esta cobertura durante el próximo período de Inscripción Abierta (Open Enrollment) o si experimentan un evento que genere un Derecho Especial de Inscripción conforme a HIPAA (HIPAA Special Enrollment Right).

# Avisos Legales

## Continuación del Aviso sobre la Parte D de Medicare

**¿Cuándo pagará una prima más alta (penalización) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?**
También debe saber que, si cancela o pierde su cobertura actual con DBM Global y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días consecutivos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una penalización) si decide inscribirse más adelante en un plan de medicamentos de Medicare.

Si permanece 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual podría aumentar al menos en un 1 % de la prima base para beneficiarios de Medicare por cada mes en que no haya contado con dicha cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser al menos un 19 % más alta que la prima base para beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (penalización) durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

**Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados**
Comuníquese con la persona indicada a continuación para obtener más información.

**NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que pueda inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de DBM Global cambia. Asimismo, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

**Para obtener más información sobre sus opciones de cobertura de medicamentos recetados de Medicare**
Puede encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual “Medicare y Usted” (Medicare & You). Medicare le enviará una copia de este manual por correo cada año. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen directamente con usted.

**Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:**
- Visite medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) para recibir asesoramiento personalizado (consulte la contraportada interior de su manual *Medicare & You* para obtener el número de teléfono correspondiente).
- Llame al 800-MEDICARE (800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, existe ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en socialsecurity.gov, o llame al 800-772-1213 (TTY: 800-325-0778).

**Fecha:** 1 de enero de 2027
**Nombre de la entidad:** DBM Global Inc
**Contacto:** Gerente de Beneficios
**Correo electrónico:** Benefits@DBMGlobal.com
**Número de teléfono:** (844) 200-7392

**Recuerde:** conserve este **Aviso de Cobertura Acreditable (Creditable Coverage Notice)**. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite presentar una copia de este aviso al momento de la inscripción para demostrar si ha mantenido o no una **cobertura acreditable** de medicamentos recetados. Esta información se utilizará para determinar si debe pagar una **prima más alta (penalización)** por inscripción tardía.

SCHUFF STEEL

A DBM GLOBAL COMPANY