

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Socorro Union

Dicalite Management Group les ofrece a usted y a sus familiares elegibles un programa de beneficios integral y valioso. Esta guía fue diseñada para ayudarlo a conocer sus opciones de beneficios y la manera de inscribirse. Lo invitamos a tomarse el tiempo necesario para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

Dicalite®

SPV Specialty Vermiculite

DicaPERL®

¡Bienvenido

A DICALITE!

Estimado equipo de Dicalite:

Al comenzar el año 2026, quiero tomarme un momento para agradecerle a cada uno de ustedes por su continuo trabajo arduo y dedicación. En Dicalite, nuestra gente es la parte central de todo lo que hacemos; su seguridad, salud y bienestar son esenciales para nuestro éxito.

Nos enorgullece ofrecer un paquete de beneficios que refleja lo mucho que valoramos a nuestros empleados y a sus familias. Me complace anunciar que este es el sexto año consecutivo en el que no hemos aumentado las primas del seguro médico. El plan de beneficios de Dicalite se encuentra dentro del 10% de los mejores en nuestra industria. Esto incluye cobertura médica, odontológica y oftalmológica integral; un plan de jubilación 401(k) con aportes equivalentes de la compañía; un programa de asistencia al empleado, asesoramiento nutricional, telemedicina y mucho más. Nuestro equipo directivo dedica un tiempo considerable al desarrollo de este plan para maximizar los beneficios para nuestros empleados. Les recomiendo que se tomen un tiempo para revisar esta guía y se familiaricen con la amplia gama de beneficios a su disposición.

Nuestro objetivo es crear una fuerza laboral sana y comprometida que reciba una excelente atención, tenga acceso a recursos útiles y se sienta apoyada en las áreas de atención médica, seguros y planeación de la jubilación.

Gracias por todo lo que hacen para que Dicalite sea una compañía sólida, innovadora y en crecimiento.

Atentamente.

George Dethlefsen
Director ejecutivo
Dicalite Management Group



EN ESTA GUÍA

| | |
|--|----|
| Lo que necesita saber antes de inscribirse en los beneficios | 3 |
| Defensa para socios | 4 |
| Herramientas en línea | 5 |
| Beneficios médicos | 6 |
| Asesoramiento nutricional | 7 |
| Cuenta de gastos flexibles (FSA) | 8 |
| Beneficios oftalmológicos | 9 |
| Beneficios odontológicos | 10 |
| Beneficios del seguro de vida y AD&D | 11 |
| Beneficios por discapacidad | 12 |
| Programa de Asistencia al Empleado (EAP) | 13 |
| Dicalite Wellness | 14 |
| Telemedicina | 15 |
| Programa para dejar de fumar | 16 |
| Beneficios adicionales | 17 |
| Información de contacto de las aseguradoras | 19 |
| Avisos legales | 20 |

¿Tiene preguntas?

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, comuníquese con nuestro equipo de defensa para socios al **800.563.9929** (de lunes a viernes, 8:30 a. m. a 5:00 p. m. ET) o visite www.connerstrong.com/memberadvocacy.

Lo que necesita saber antes de inscribirse en los beneficios

¿Cuándo comienza la cobertura?

El primer día del mes siguiente a la fecha de contratación.

¿Quiénes son elegibles para seleccionar beneficios?

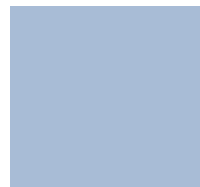
Los empleados a tiempo completo que trabajan 30 horas o más a la semana y que han cumplido con el período de espera obligatorio son elegibles para beneficios.

Calendario de inscripción

El período de inscripción abierta es del **12 de noviembre al 26 de noviembre del 2025**.

Eventos de vida admisibles

La Sección 125 del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés) le prohíbe cambiar su inscripción durante el año del plan a menos que ocurra un evento de vida admisible, como: matrimonio; divorcio; fallecimiento del cónyuge, pareja de hecho o dependiente; nacimiento o adopción de un niño; cese o comienzo del empleo de su cónyuge/pareja de hecho; cambio en la situación laboral (de tiempo completo a medio tiempo o de medio tiempo a tiempo completo) suya o de su cónyuge/pareja de hecho que afecte la elegibilidad para recibir beneficios; o que usted o su cónyuge/pareja de hecho tomen una licencia médica sin goce de sueldo. **Los empleados tienen 30 días a partir de un evento de vida admisible (QLE, por sus siglas en inglés) para realizar cambios en su inscripción, a menos que se aplique una excepción.**



Defensa para socios

CONNER STRONG & BUCKELEW

Los beneficios para empleados pueden ser complejos, lo que hace que sea difícil comprender completamente su cobertura y usarla adecuadamente. Apoyo a los miembros le permite hablar con un asesor de los miembros especialmente capacitado que puede responder sus preguntas y ayudarle a aprovechar al máximo sus beneficios.

Puede comunicarse con Apoyo a los miembros para obtener ayuda si:

- Cree que su reclamación no fue pagada correctamente
- Necesita una explicación sobre alguna información de la compañía de seguro.
- Tiene alguna pregunta sobre la factura de un médico, laboratorio u hospital
- No entiende cómo funcionan sus beneficios
- Necesita información sobre cómo agregar o eliminar un dependiente.
- Necesita ayuda para resolver un problema que intentó solucionar

Los miembros del equipo de defensa para socios están disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (hora del este). Fuera del horario de atención, podrá dejar un mensaje con un representante en vivo y recibir una respuesta por teléfono o correo electrónico durante el horario de atención, dentro de las 24 a 48 horas posteriores a su consulta.



¿Cómo puede comunicarse con la defensa para socios?

Puede comunicarse con el equipo de defensa para socios de cualquiera de las siguientes maneras:

- Por teléfono: Llamando al **800.563.9929**, de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (EST)
- A través del sitio web: **www.connerstrong.com/memberadvocacy**
- Por fax: **856.685.2253**

Herramientas en línea

BENEPORTAL y ADP

BenePortal

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS EN LÍNEA

En Dicalite, usted tiene acceso a una amplia gama de programas valiosos de beneficios para empleados. Con BenePortal, puede repasar las opciones de su plan de beneficios para empleados vigente en línea, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Al utilizar BenePortal, la herramienta en línea que contiene información sobre nuestro programa de beneficios, usted puede:

- Revisar las opciones de planes médicos/de medicamentos recetados, oftalmológicos y odontológicos.
- Explorar los programas de beneficios voluntarios adicionales del empleado que están a su disposición.
- Encontrar enlaces a las páginas web de las aseguradoras
- Descargar documentos del plan, declaraciones juradas, etc.

Simplemente, visite www.dicalitebenefits.com hoy para acceder a la información sobre sus beneficios.

ADP

SISTEMA DE INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

Inicie sesión en ADP visitando <https://workforcenow.adp.com> y vaya a **Myself**(Acerca de mí) > **Benefits** (Beneficios) > **Enrollments** (Inscripciones) y haga clic en la opción **“Enroll Now”** (Inscribirse ahora). Puede hacer clic en **“Select Plan”** (Seleccionar plan) para la inscripción deseada. Si opta por renunciar a un beneficio, deberá seleccionar un motivo de renuncia.

- Para agregar un dependiente, haga clic en el enlace **“Manage Dependents”** (Administrar dependientes) en el paso 2 del proceso.
- Revise cuidadosamente la información de la inscripción, los costos y las personas cubiertas. Luego, haga clic en **“Save and Continue to Next Benefit”** (Guardar y continuar con el siguiente beneficio) para seguir eligiendo las opciones de su preferencia.
- Continúe con cada paso hasta que se completen todas las elecciones y se active el botón **“Continue to Summary”** (Continuar al resumen).
- Revise todas las elecciones. Cuando esté listo para confirmar sus elecciones, haga clic en **“Submit Enrollment”** (Enviar inscripción).

Tenga en cuenta que sus elecciones de beneficios no se procesarán si no hace clic en “Submit Enrollment” (Enviar inscripción). Si selecciona “Save for later” (Guardar y continuar después), estas inscripciones no se enviarán a su equipo de RR. HH. hasta que usted envíe la inscripción completa.



Beneficios médicos

INDEPENDENCE ADMINISTRATORS

A continuación, se muestra un resumen de la opción del plan médico y lo que **usted paga**.



Plan PPO

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|---|---|--|
| Deducible Individual/familiar | \$1,000/\$2,000 | \$5,000/\$10,000 |
| Máximo de gastos por cuenta propia Individual/familiar | \$6,000/\$12,000 | \$10,000/\$20,000 |
| Costo compartido del plan | Varía | Deducible, luego el 30 % |
| Visita al consultorio Atención primaria Especialista | Copago de \$25, sin deducible Copago de \$50, sin deducible | Deducible, luego el 30 % |
| Telemedicina | Copago de \$15, sin deducible | Deducible, luego el 30% |
| Atención preventiva | Cubierto al 100%, sin deducible | Deducible, luego el 30 % |
| Laboratorio de diagnóstico (Análisis de sangre) | Copago de \$25, sin deducible | Deducible, luego el 30 % |
| Diagnóstico por Imágenes (RMN/ARM, CT/ACT, tomografía TEP) | Copago de \$25, sin deducible | Deducible, luego el 30 % |
| Procedimiento ambulatorio | Deducible; luego, cubierto al 100% | Deducible, luego el 30 % |
| Sala de emergencias | Copago de \$500, sin deducible; el copago no se aplica si es hospitalizado | Copago de \$500; el copago no se aplica si es hospitalizado |
| Atención de urgencias | Copago de \$50, sin deducible | Copago de \$50 |
| Visita estando hospitalizado | Deducible; luego, cubierto al 100% | Deducible, luego el 30 % |
| MEDICAMENTOS RECETADOS (VENTA MINORISTA: SUMINISTRO DE HASTA 30 DÍAS/PEDIDO POR CORREO: SUMINISTRO DE HASTA 90 DÍAS) | | |
| VENTA MINORISTA/PEDIDO POR CORREO | | |
| Genérico | \$10/\$10 | |
| Marca preferida | \$35/\$50 | |
| No preferido | \$65/\$100 | |
| Especialidad | \$65/\$100 | |

Consulte sus contribuciones en la lista de tarifas.

Tenga en cuenta: El pedido por correo es obligatorio para ciertos medicamentos.

Asesoramiento nutricional

DISPONIBLE EN SU PLAN MÉDICO SIN LÍMITE DE CONSULTAS

Resumen de la cobertura:

- **Plan médico:**
 - **Dentro de la red:** 100% cubierto, sin deducible, consultas ilimitadas
 - **Fuera de la red:** 70% cubierto después del deducible, consultas ilimitadas

Una buena nutrición es esencial para un estilo de vida saludable

Olvídese de las dietas de moda y las soluciones rápidas: el asesoramiento nutricional de un dietista o nutricionista registrado le ofrece consejos expertos para realizar cambios saludables y duraderos. A continuación, encontrará cómo comer bien puede ayudarlo a sentirse mejor:

- **Aumento de la energía:** Alimente su cuerpo para un día con más energía.
- **Mejor salud:** La nutrición desempeña un rol vital en el control del colesterol, la presión arterial y la salud en general, reduciendo el riesgo de enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares.
- **Pérdida de peso:** Logre objetivos de peso sostenibles, aumentando tanto la confianza como el bienestar.

Qué puede esperar

Su cita inicial incluye un panorama detallado de sus hábitos alimentarios, medicamentos o suplementos y cualquier preocupación médica que pueda tener. Junto con su dietista, fijará objetivos realistas para llevar una vida más sana.

Los hábitos saludables comienzan aquí

Al tomar decisiones alimentarias inteligentes e incorporar actividad física a su rutina, puede proteger su salud y sentirse lo mejor posible cada día.

Dé el primer paso: programe una cita

Reúnase con un dietista o nutricionista registrado dentro de la red cerca de usted.

- Visite www.ibxtpa.com
- Haga clic en **“Find a Doctor”** (Encontrar a un médico)
- Seleccione **“Dietitian”** (Dietista) en la casilla de términos de búsqueda de proveedores

¡Siéntase mejor tomando decisiones para un mañana más saludable!



Cuenta de gastos flexibles (FSA)

FLORES



Una FSA es un plan de beneficios patrocinado por el empleador que le permite deducir dinero de su pago antes de impuestos.

Usted ahorra en impuestos de la ley federal de contribuciones de seguros (FICA, por sus siglas en inglés) y del gobierno federal y estatal.

Características de la FSA:

- Centro de recursos en línea para participantes
- Apoyo a través de la web y del centro de llamadas
- Aplicación móvil
- Tarjetas de débito
- Depósito directo

Límites de contribución:

- Usted puede aportar hasta \$3,400 a su FSA para la atención médica
- Usted puede aportar hasta \$7,500 a la FSA para la atención de dependientes (\$3,750 si es soltero o casado con declaración independiente)

IMPORTANTE:

Los aportes al beneficio de FSA deben elegirse anualmente durante el período de inscripción abierta. La inscripción abierta es la oportunidad que tiene una vez al año para inscribirse o hacer cambios en sus beneficios, a menos que experimente un evento de vida admisible. Las FSA están sujetas a una regla de “Úselo o piérdalo”. Todos los fondos no utilizados al final del año del plan se perderán.

Beneficios oftalmológicos

DAVIS VISION

La elección de la cobertura oftalmológica es opcional; pero, si se inscribe, el nivel de cobertura oftalmológica debe ser el mismo que el de la cobertura médica. Consulte a continuación su plan para la visión que se ofrece como parte de su plan médico.

Plan oftalmológico

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|--|---|---|
| Examen de la vista (cada 12 meses) | Cubiertos por completo después del copago de \$10 | Hasta \$40 de reembolso |
| Lentes (cada 12 meses) Individual Bifocales Trifocales Lenticular | Cubiertos por completo después del copago de \$25 | Hasta \$40 de reembolso Hasta \$60 de reembolso Hasta \$80 de reembolso Hasta \$100 de reembolso |
| Marcos (cada 24 meses) | Cubiertos por completo, cualquier marco de moda o de diseñador de la colección de Davis Vision; o \$130 de asignación para venta minorista de cualquier proveedor de marcos, 20% de descuento en el saldo existente | Hasta \$50 de reembolso |
| Lentes de contacto electivos (cada 12 meses) | \$25 de copago, 100 % cubiertos | Hasta \$105 de reembolso |
| Lentes de contacto médicamente necesarios (cada 12 meses) | Ninguno | Hasta \$225 de reembolso |



Beneficios odontológicos

UNITED CONCORDIA FLEX

La elección de cobertura odontológica es opcional. A continuación se presentan dos planes odontológicos disponibles para usted. Nuestros planes utilizan la Advantage Plus Network.



Plan Advantage

Plan base

| | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED | DENTRO DE LA RED | FUERA DE LA RED |
|---|------------------|---|------------------|---|
| Deducible anual Individual/familiar | \$0/\$0 | | \$0/\$0 | |
| Atención preventiva | 100 % Clase I | 100%, clase I, cubierto en el percentil 90 | 100 % Clase I | 100%, clase I, cubierto en el percentil 90 |
| Procedimientos básicos (Extracciones, empastes, etc.) | 80 % Clase II | 80%, clase II, cubierto en el percentil 90 | 80 % Clase II | 80%, clase II, cubierto en el percentil 90 |
| Procedimientos mayores (Coronas, dentaduras, etc.) | 50 % Clase III | 50%, clase III, cubierto en el percentil 90 | 50 % Clase III | 50%, clase III, cubierto en el percentil 90 |
| Ortodoncia para niños (Hasta 19 años de edad) | 50 % Clase IV | | No corresponde | |
| Beneficio máximo por año calendario | \$2.000 | | \$1.500 | |



Para acceder a la información sobre sus beneficios odontológicos:

- Visite www.UnitedConcordia.com/GetMDB
- Ingrese el SSN y la fecha de nacimiento del titular de la póliza
- Cree un nombre de usuario/contraseña
- Acceda a toda su información odontológica de United Concordia, incluida su tarjeta odontológica

Beneficios del seguro de vida y AD&D

RELIANCE STANDARD

El seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D, por sus siglas en inglés) básico ofrece protección contra los eventos imprevistos de la vida, y le brinda a usted y a su familia los recursos para ayudarlo a asegurarse de que pueda cumplir con los gastos inmediatos y otras obligaciones a largo plazo.

Dicalite le ofrece este plan sin costo alguno para usted.

Seguro de vida

| CARACTERÍSTICAS DEL PLAN | |
|--|---------------------------------|
| Monto de beneficio del empleado | 1 X salario, mínimo de \$50,000 |
| Monto de beneficio máximo | \$175.000 |
| Monto de beneficio de seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) | 1 X salario, mínimo de \$50,000 |

A continuación, se muestra cómo se reducen los beneficios a determinadas edades:

| GRUPO ETARIO | REDUCCIÓN DE BENEFICIOS |
|--------------|-------------------------|
| 65 | 65% |
| 70 | 45% |
| 75 | 30% |



Beneficios por discapacidad

RELIANCE STANDARD

Discapacidad a corto plazo

La discapacidad a corto plazo (STD, por sus siglas en inglés) reemplaza una parte de sus ingresos mensuales elegibles. Los pagos comenzarán 8 días después de una enfermedad o lesión que califique. **Este beneficio es voluntario y es pagado al 100% por el empleado.**

Discapacidad a corto plazo

| CARACTERÍSTICAS DEL PLAN | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Monto de beneficio del empleado | 60 % de las ganancias mensuales |
| Monto de beneficio máximo | \$1.250 por semana |
| Período de eliminación | 8 días |
| Duración de los beneficios | 25 semanas |

Discapacidad a largo plazo

La discapacidad a largo plazo (LTD, por sus siglas en inglés) reemplaza una parte de sus ingresos mensuales elegibles. Los pagos comenzarán 180 días después de una enfermedad o lesión que califique.

Si ha recibido tratamiento para una afección dentro de los tres meses anteriores a la fecha de entrada en vigor, es posible que no sea elegible para recibir los pagos de beneficios hasta que el plan lo haya cubierto durante, al menos, doce meses. **Este beneficio es voluntario y es pagado al 100% por el empleado.**

Discapacidad a largo plazo

| CARACTERÍSTICAS DEL PLAN | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| Monto de beneficio del empleado | 60 % de las ganancias mensuales |
| Monto de beneficio máximo | \$5,000 por mes |
| Período de eliminación | 180 días |
| Duración de los beneficios | de los 65 años |



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

RELIANCE STANDARD

Los empleados tienen acceso a un apoyo confidencial para los desafíos de la vida. El Programa de Asistencia al Empleado (EAP) y el programa de servicios para la vida laboral le dan acceso a consejeros profesionales licenciados y a especialistas en la vida laboral para ayudarle con problemas personales, familiares y de la vida laboral.

Servicios legales y financieros

- Consultas financieras para un número ilimitado de asuntos al año (por ejemplo, elaboración de presupuestos, compra de viviendas, pago de deudas, gestión de impuestos, prevención de robos de identidad y ahorro para la jubilación o la educación).
- Consultas jurídicas para un número ilimitado de asuntos al año (por ejemplo, planificación patrimonial, testamentos, bienes inmuebles, quiebra, divorcio, custodia, etc.)
- Centro de recursos legales y financieros en línea que incluye la preparación de documentos

Beneficios y recursos para la vida laboral

- Asesoramiento telefónico ilimitado y remisiones para cualquier necesidad del trabajo y la vida personal
- Remisiones y recursos ilimitados para el cuidado de niños, ancianos y mascotas
- Remisiones y recursos ilimitados sobre educación, servicios personales y salud y bienestar
- Recursos y apoyo ilimitados para veteranos, incluido el sitio web de recursos para veteranos
- Recursos y herramientas en línea para más de 100 temas relacionados con el trabajo y la vida personal

Acceso al programa

- Todos los empleados cubiertos y sus familiares elegibles pueden acceder al programa, independientemente de su ubicación o relación
- Hablar con una persona real las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año
- Acceso a los servicios a través del sitio web, la aplicación móvil, los mensajes instantáneos, los mensajes de texto, el chat, el correo electrónico y el videochat

Servicios de evaluación y remisión

- Hasta 3 sesiones telefónicas para ayudar a controlar el estrés, la ansiedad y la depresión, resolver conflictos, mejorar las relaciones, superar el abuso de sustancias y abordar cualquier problema personal.
- Proveedores multiculturales y multilingües disponibles en todo el país
- Acceso a médicos las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para asuntos urgentes

¿Cómo empezar?

Comuníquese con el EAP llamando al número gratuito **855-RSL-HELP (855-775-4357)** o envíe **un correo electrónico a Rsli@acieap.com**.



Dicalite Wellness

HEALTH ADVOCATE Y TELADOC HEALTH

Health Advocate

Dicalite se complace en presentar su asociación con Health Advocate, nuestro **NUEVO** socio que nos ayuda a mejorar nuestra salud y bienestar con su plataforma innovadora. Nos ayudarán a contactarnos con los miembros de Dicalite con una mejor atención, y a hacer de la salud y el bienestar una prioridad en nuestras vidas. Serán el pilar para ayudarnos a abordar las reclamaciones médicas más importantes que atraviese una gran parte de la población de Dicalite.

En el primer trimestre del 2026, se anunciará el lanzamiento del nuevo programa y la posibilidad de obtener recompensas basadas en comportamientos saludables.

Teladoc Health/Livongo

Dicalite también se complace en seguir ofreciendo los servicios proporcionados por Teladoc Health/Livongo para la diabetes, que incluyen una experiencia centrada en el consumidor basada en la nube, así como un medidor de glucosa en sangre interactivo conectado al celular, tiras reactivas ilimitadas y la opción personalizada de Health Nudges™.

Teladoc Health/Livongo para la hipertensión incluye un monitor de presión arterial conectado al celular que transmite datos, así como Health Nudges para el manejo de la presión arterial.



Para comunicarse con
Teladoc Health/Livongo

Visite join.livongo.com/register
o llame al **800.945.4355**.

Telemedicina

TELADOC

Con Teladoc, puede acceder a un médico desde su casa, oficina, o desde cualquier lugar, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, los 365 días del año.

Médicos certificados pueden atenderlo por teléfono o videollamada segura para ayudarlo a tratar cualquier afección médica que no sean de emergencia.

Pueden diagnosticarle sus síntomas, recetarle medicamentos y enviar recetas a su farmacia de preferencia.

Los médicos de Teladoc están formados para tratar una amplia gama de afecciones. Algunas de las más comunes son:

- Acné
- Alergias
- Estreñimiento
- Tos
- Diarrea
- Problemas de oídos
- Fiebre
- Gripe
- Dolor de cabeza
- Picaduras de insectos
- Náusea
- Conjuntivitis aguda
- Erupciones
- Problemas respiratorios
- Dolor de garganta
- Problemas urinarios/Infección urinaria
- Vaginitis
- Vómitos

El beneficio de telemedicina también incluye salud del comportamiento y dermatología.

Teladoc Mental Health Care ofrece acceso cómodo y confidencial a psiquiatras, psicólogos y terapeutas de confianza que pueden ayudarlo a manejar el estrés, la ansiedad, el duelo, la depresión y mucho más.

Teladoc Dermatology le da acceso a dermatólogos certificados dondequiera que esté. Tanto si tiene alguna pregunta sobre un cambio reciente en la piel como si necesita ayuda para manejar una afección cutánea crónica como el acné, la rosácea o la psoriasis, Teladoc Dermatology puede ayudarlo.

Para comunicarse con Teladoc

Visite **teladochealth.com** o llame al **1.800.835.2362**.



Programa para dejar de fumar

ACHIEVE-WELL BEING

Achieve Well-Being de Independence Administrators es un conjunto de herramientas y recursos motivadores y personalizados que pueden ayudarle a conseguir lo que es importante para usted de una forma sencilla, fácil y divertida.



¡Deje el tabaco para siempre!

Finalmente, puede conquistar su objetivo de salud de estar libre de tabaco con la ayuda de nuestro programa Libre de tabaco; un programa único para dejar de fumar que le enseña nuevas formas de lidiar con el impulso de fumar.

Herramientas innovadoras para ayudarlo a dejar de fumar

El programa Libre de tabaco incluye:

- Un plan para dejar de fumar basado en la ciencia del cambio de comportamiento
- Consejos para afrontar los impulsos, los desencadenantes y los antojos
- Mensajes, recordatorios, artículos y videos para aumentar la motivación
- Herramienta de seguimiento de la reducción del tabaco
- Consejos y herramientas para hacer frente a las recaídas
- Certificado de finalización

Cómo empezar

1. Inicie sesión en su Cuenta de Independence Administrators (myibxtpabenefits.com). En la pestaña Health & Well-being (Salud y bienestar), seleccione "Achieve Well-Being". Bajo su Plan de acción, elija Add New (Agregar nuevo), seleccione Tobacco Free (Libre de tabaco), y luego seleccione Next (Siguiente) para comenzar un nuevo programa.
2. Desarrolle su plan para dejar de fumar y establezca un objetivo para su futuro sin tabaco.
3. Complete la actividad diaria y haga un seguimiento de su progreso. El programa ofrece nuevos contenidos cada día durante siete días. Cada herramienta le preparará para manejar los desencadenantes y los impulsos de una manera consciente. Inicie sesión cada día para completar la actividad diaria.

Herramientas en línea y para celulares

¡Visite myibxtpabenefits.com para comenzar su viaje de bienestar hoy mismo!

Beneficios adicionales

CONNER STRONG & BUCKLEW

Beneficios adicionales

Este recurso proporciona una gran variedad de servicios, descuentos y promociones especiales de servicios al usuario, viajes, recreación y mucho más. Simplemente ingrese al sitio y regístrese para poder empezar a usarlo ahora mismo.

Obtenga más información en: <https://connerstrong.corestream.com>.

HealthyLearn

Este recurso aborda más de mil temas de salud y bienestar de manera sencilla y directa. La biblioteca a pedido de HealthyLearn incluye toda la información de salud que necesita para estar bien y continuar bien.

Obtenga más información en: www.healthylearn.com/connerstrong.

GoodRx

Este servicio le permite comparar fácilmente los precios de los medicamentos recetados prácticamente en todas las farmacias de los Estados Unidos. Puede encontrar cupones para farmacias, descuentos de fabricante, medicamentos genéricos, elecciones de medicamentos similares y consejos de ahorro, todo en un solo lugar.

Tenga en cuenta que **utilizar GoodRx significa que está surtiendo recetas fuera de nuestros planes de salud**. Los miembros que tengan el plan de salud con deducible alto deben **cumplir con su deducible** antes de que los medicamentos recetados estén cubiertos por nuestro plan.

Si bien GoodRx puede ofrecer un precio más bajo (porque utiliza un cupón), es importante averiguar si esas reclamaciones se pueden aplicar a su deducible. En ese caso, deberá **presentarle un formulario de reclamación** a Independence Administrators y solicitar que le acrediten su deducible individual o familiar.

Para obtener más información, visite <https://connerstrong.goodrx.com>.



Beneficios adicionales

CONNER STRONG & BUCKLEW

HUSK Wellness

Lograr una salud y un bienestar óptimos no tiene por qué ser complicado ni costoso. Acceda a exclusivos precios de primera con algunas de las marcas más grandes de acondicionamiento físico, nutrición, y bienestar con HUSK Marketplace (anteriormente GlobalFit).

Gimnasios y centros de acondicionamiento físico

Los miembros de HUSK Marketplace pueden obtener ahorros exclusivos y opciones flexibles de suscripción para acceder a una gran variedad de centros. HUSK ofrece algo para cada entrenamiento, desde cadenas nacionales hasta estudios especializados.

HUSK Nutrition

HUSK Nutrition ofrece programas virtuales de salud y nutrición basados en la evidencia. Usted se reunirá con un nutricionista registrado, quien le recomendará un programa completo de nutrición personalizado, diseñado específicamente para responder a sus preguntas relacionadas con la nutrición, cumplir con sus objetivos de salud, necesidades individuales y estilo de vida acelerado.

Equipos y tecnología para el hogar

Sea cual sea su nivel de acondicionamiento físico, HUSK cuenta con equipos exclusivos y tecnología corporal para ayudarlo en su proceso de bienestar. Independientemente de que desee monitorear una actividad cotidiana o iniciar una nueva rutina de acondicionamiento físico, aquí encontrará los mejores productos y ofertas.

Acondicionamiento físico a pedido

Aproveche todas las ventajas que ofrecen las clases de ejercicio en grupo desde la comodidad de su hogar. Las opciones de suscripción en streaming de HUSK llevarán su bienestar y sus entrenamientos al siguiente nivel.

Salud mental

Todos necesitamos ayuda alguna vez en la vida y todos pasamos por dificultades y luchas. A través de la tecnología, HUSK Mental Health lo conecta con terapeutas con licencia, quienes le ofrecen orientación y apoyo mediante prácticas basadas en la evidencia.

Para empezar, simplemente visite <https://marketplace.huskwellness.com>.



Información de contacto de las aseguradoras

| BENEFICIO | PROVEEDOR | TELÉFONO | SITIO WEB |
|--|-----------------------------|--------------|--|
| Médico y oftalmológico | Independence Administrators | 844.864.4352 | www.myibxtpabenefits.com |
| Medicamentos recetados | FutureScripts | 888.678.7013 | www.futurescripts.com |
| Odontológico | United Concordia | 800.332.0366 | www.unitedconcordia.com |
| Cuentas de gastos flexibles (FSA) | Flores | 800.532.3327 | www.flores247.com |
| Beneficios voluntarios | Colonial Life | 800.325.4368 | www.coloniallife.com |
| Seguro de vida y discapacidad | Reliance Standard | 800.351.7500 | www.reliancestandard.com |
| Programa de Asistencia al Empleado | Reliance Standard | 855.775.4357 | www.reliancematrix.com |
| Socio de bienestar | Health Advocate | 800.425.4657 | www.healthadvocate.com |
| Control de la diabetes/hipertensión | Teladoc Health/Livongo | 800.945.4355 | join.livongo.com/register |
| Defensa para socios | Conner Strong & Buckelew | 800.563.9929 | www.connerstrong.com/memberadvocacy |
| Telemedicina | Teladoc | 800.835.2362 | teladochealth.com |



Avisos legales

Disponibilidad del resumen de la información médica

Como empleado, los beneficios de salud a su disposición representan un componente significativo de su paquete de compensación. También le brindan protección importante para usted y su familia en caso de enfermedad o lesiones. Dicalite ofrece una serie de opciones de cobertura de salud. Debería recibir un Resumen de beneficios y cobertura (SBC) durante la inscripción abierta. Estos documentos resumen la información importante sobre todas las opciones de cobertura médica en un formato estándar. Comuníquese con Recursos Humanos si tiene alguna pregunta o si no recibió su SBC.

Aviso acerca de la inscripción especial

Pérdida de otra cobertura (se excluyen Medicaid o un programa estatal de seguro médico infantil) Si usted rehúsa a su inscripción o a la de un dependiente elegible (incluido/a su cónyuge) mientras otro seguro médico u otra cobertura de plan de atención médica grupal se encuentra en vigencia, puede inscribirse o inscribir a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si la compañía deja de aportar a la otra cobertura suya o de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días luego del cese de su otra cobertura o la de sus dependientes (o luego de que el empleador deje de hacer aportes a la otra cobertura).

Pérdida de la cobertura de Medicaid o de un programa estatal de seguro médico infantil

Si decide no inscribirse usted o a un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras esté vigente la cobertura de Medicaid o la de un Programa Estatal de Seguro Médico Infantil, podrá inscribirse a sí mismo y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden los requisitos para esa otra cobertura. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en el plazo de 60 días a partir del cese de su cobertura o de la cobertura de sus dependientes que corresponde a Medicaid o a un Programa Estatal de Seguro Médico Infantil (CHIP, por sus siglas en inglés).

Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción

Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, podrá inscribirse e inscribir a sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días contados a partir del matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Si solicita un cambio por un evento de inscripción especial en el período de tiempo correspondiente, la cobertura entrará en vigor a partir de la fecha del nacimiento, la adopción o colocación para adopción. Para todos los demás casos, la cobertura entrará en vigor el primer día del mes siguiente a su solicitud de inscripción.

Ley de Protección de la Salud de los Recién Nacidos y de las Madres

Los planes de salud colectivos y los emisores de seguros médicos generalmente no pueden, conforme a la ley federal, restringir beneficios por toda estancia hospitalaria de la madre o el niño recién nacido relacionada con el parto a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no le prohíbe al proveedor médico que asiste a la madre o al recién nacido dar de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según sea el caso), luego de haberlo consultado con la madre. En cualquier caso, los planes y los emisores de seguro no pueden, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor para prescribir una duración de estancia que no supere las 48 horas (o 96 horas).

Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer

Si usted se sometió o se someterá a una mastectomía, puede tener derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos sobre

la Salud y el Cáncer de la Mujer (WHCRA, por sus siglas en inglés) de 1998. Para las mujeres que reciban beneficios relacionados con la mastectomía, se brindará cobertura de la manera que se determine tras consultar con el médico tratante y la paciente respecto a lo siguiente:

- todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
 - la cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico; implantes; y
 - el tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluidos linfedemas.
- Estos beneficios estarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguro que se aplican a los otros beneficios. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con Recursos Humanos.

Aviso importante de Dicalite Management Group, Inc. sobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Lea este aviso detenidamente y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo fácilmente. Este aviso contiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos recetados con Dicalite Management Group, Inc. y acerca de sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o no. Si está considerando la posibilidad de inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos cuáles medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, 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 puede encontrar información acerca de dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones respecto a su cobertura de medicamentos recetados. Hay dos cosas importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. En el 2006, se puso a disposición de cualquier persona que tuviera Medicare la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare o se inscribe en un Plan Medicare Advantage (como un HMO o un PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare ofrecen como mínimo el nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Dicalite Management Group, Inc. ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el Dicalite Management Group pague, en promedio para todos los participantes del plan, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare paga y por lo tanto se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura existente es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si más adelante decide inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

Se puede inscribir en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare cuando pasa a ser elegible para Medicare por primera vez y cada año posterior, en el período del 15 de octubre al 7 de diciembre. No obstante, si por algún motivo que no fuera culpa suya, pierde su cobertura acreditable actual de medicamentos recetados, también será elegible para inscribirse a un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare en un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses.

¿Cuánto pagaría una prima más alta (multa) para inscribirse en un Plan de Medicamentos Recetados de Medicare?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Dicalite Management Group, Inc. y no se inscribe en un Plan

de Medicamentos Recetados de Medicare en un plazo de 63 días seguidos luego del cese de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (multa) para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante. Si no tiene cobertura acreditable de medicamentos recetados durante 63 días consecutivos o más, su prima mensual puede ser un 1% más alta que la prima base mensual de beneficiarios de Medicare por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima podría ser hasta un 19% más alta que la prima base de beneficiarios de Medicare. Tendría que pagar esta prima más alta (multa) durante todo el tiempo que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, también tendría que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

Para obtener más información acerca de este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados:

Para obtener más información, comuníquese con la persona que se menciona más adelante. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo recibirá antes del próximo período de inscripción para planes de medicamentos recetados de Medicare y si esta cobertura a través de Dicalite Management Group, Inc. cambia. También puede solicitar una copia de este Aviso en cualquier momento.

Más información acerca de sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

En el folleto "Medicare y usted" puede encontrar información más detallada acerca de los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará por correo una copia del folleto todos los años. También podría ser contactado directamente por los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare.

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

- Visite www.medicare.gov
- Llame al Programa de Asistencia de Seguros Médicos de su estado (consulte la contraportada de su copia del folleto "Medicare y usted", donde encontrará el número de teléfono) para recibir ayuda personalizada
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web del seguro social en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso de Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los Planes de Medicamentos Recetados de Medicare, se le podría exigir que presente una copia de este aviso cuando se inscriba para mostrar si ha mantenido o no cobertura acreditable y por lo tanto si tiene la obligación de pagar una prima más alta (multa).

| | |
|------------------------------|--|
| Fecha: | 25 de septiembre de 2025 |
| Nombre de la entidad/remite: | Dicalite Management Group, Inc. |
| Contacto: | Barbara Hladik |
| Dirección: | 100 Four Falls, Suite 500 Conshohocken PA 19428 Número de teléfono: 610-660-8835 |

Asistencia para las primas conforme a Medicaid o al Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica a cargo de su empleador, el estado puede tener un programa de asistencia para primas

Avisos legales

que puede ayudar a pagar la cobertura, usando fondos de los programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegible para recibir Medicaid o CHIP, no será elegible para estos programas de asistencia para primas, pero puede adquirir un plan de cobertura individual mediante el Mercado de Seguros Médicos. Para más información, visite www.healthcare.gov. Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o el CHIP y viven en uno de los estados mencionados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si está disponible la asistencia con el pago de las primas.

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o el CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o del CHIP de su estado, o marque 1-877-KIDS NOW, o ingrese a www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo presentar la solicitud. Si reúne los requisitos, pregúntele a su estado si existe algún programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de planes patrocinados por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir la asistencia con el pago de las primas de Medicaid o del CHIP, además de ser elegibles para el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan que este ofrece si aún no está inscrito. Esto se denomina una oportunidad de "inscripción especial", y usted debe solicitar la cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en que se determine su elegibilidad para recibir asistencia con el pago de las primas. Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo a través de Internet en www.askebsa.dol.gov o llame al 1-866-444-EBSA (3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es la lista de estados vigente a partir del 31 de julio del 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ALABAMA: Medicaid
Sitio web: <http://myalhipp.com/>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA: Medicaid
El programa de pagos de primas de seguros médicos de AK
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 Pagos de Primas de Seguros Médicos (HIPP, por sus siglas en inglés) Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
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 de Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/>
Centro de atención para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/Servicio de retransmisión estatal 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/Servicio de retransmisión estatal 711
Programa de Pago por el Estado (Buy-In) de Seguro Médico (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.mycorhibi.com/>
Servicio al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

DAKOTA DEL NORTE: Medicaid
Sitio web: <https://www.hhs.nd.gov/healthcare>
Teléfono: 1-844-854-4825

DAKOTA DEL SUR: Medicaid
Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059

FLORIDA: Medicaid
Sitio web: Sitio web: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>
Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA: Medicaid
Sitio web de HIPP de GA: <https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>
Teléfono: 678-564-1162, presione 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, presione 2

INDIANA: Medicaid
Programa de Pagos de Primas de Seguros Médicos
Todos los otros planes de Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<http://www.in.gov/fssa/dfr/>
Administración de Servicios Sociales y Familiares
Teléfono: 1-800-403-0864
Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA: Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid:
Iowa Medicaid | Salud y servicios humanos
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki:
Hawki - Healthy and Well Kids in Iowa | Salud y servicios humanos
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: Programa de Pagos de Primas de Seguros Médicos (HIPP) | Salud y servicios humanos (iowa.gov)
Teléfono del HIPP: 1-888-346-9562

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

KENTUCKY: Medicaid
Programa de pago de primas de seguros médicos integrados de Kentucky (KI-HIPP) Sitio web:
<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Kentucky Medicaid: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA: Medicaid
Sitio web: www.medicicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp
Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE: Medicaid
Sitio web de inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/?language=en_US
Teléfono: 1-800-442-6003
TTY: Retransmisión de Maine 711
Página web sobre primas de seguros médicos privados:
<https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>
Teléfono: 1-800-977-6740
TTY: Retransmisión de Maine 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

MISURI: Medicaid
Sitio web: <http://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
Correo electrónico: HHSHIPPProgram@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://dhcfp.nv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUOVA JERSEY: Medicaid y CHIP
Sitio web de Medicaid:
<http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>
Teléfono: 1-800-356-1561
Teléfono de la asistencia con el pago de las primas del CHIP: 609-631-2392
Sitio web del CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)

NUOVA YORK: Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-800-541-2831

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

OKLAHOMA: Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>
Teléfono: 1-888-365-3742

Avisos legales

OREGÓN: Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx>
Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA: Medicaid y CHIP
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: Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) (pa.gov)
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND: Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa de Rite Share)

TEXAS: Medicaid
Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-program>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH: Medicaid y CHIP
Asociación de Primas de Utah (UPP, por sus siglas en inglés) para el seguro médico Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Correo electrónico: upp@utah.gov
Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web del programa Adult Expansion: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web del programa Utah Medicaid Buyout: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web del CHIP: <https://chip.utah.gov/>

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

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

Virginia Occidental: Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono para llamadas gratis al CHIP: 1-855-MyWVHIP (1-855-699-8447)

WISCONSIN: Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WASHINGTON: Medicaid
Sitio web: <https://www.hca.wa.gov/>
Teléfono: 1-800-562-3022

WYOMING: Medicaid
Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/>
Teléfono: 1-800-251-1269

Para averiguar si algún otro estado agregó un programa de asistencia para primas después del 31 de julio de 2025 o para obtener más información sobre derechos especiales de inscripción, comuníquese con el siguiente contacto:

Departamento del Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

Aviso acerca del Mercado de Seguros
PARTE A: Información general
Cuando las partes clave de la ley de atención médica entraron en vigor en 2014, comenzó una nueva forma de adquirir seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Para ayudarle con su evaluación de las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el nuevo Mercado y la cobertura de salud basada en el empleo ofrecida por su empleador.

¿Qué es el Mercado de Seguros Médicos?
El Mercado está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado de Seguros ofrece un “punto único” para encontrar y comparar las opciones de seguros médicos privados. También podría ser elegible para una nueva clase de crédito tributario que disminuye su prima mensual automáticamente. La inscripción abierta para la cobertura de seguro médico a través del Mercado comenzó en octubre de 2013 para coberturas con vigencia a partir del 1 de enero de 2014.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro médico en el Mercado?
Es posible que sea elegible para ahorrar dinero y reducir su prima

mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece cobertura que no cumple con ciertas normas. El ahorro en la prima para el que es elegible depende de sus ingresos familiares.

¿La cobertura médica del empleador afecta la elegibilidad para ahorros en la prima a través del Mercado?
Sí. Si su empleador ofrece una cobertura médica que cumple con ciertas normas, usted no será elegible para un crédito tributario a través del Mercado y, quizás, le convenga inscribirse en el plan de salud de su empleador. Sin embargo, podría ser elegible para un crédito tributario que disminuye su prima mensual o una reducción de ciertos gastos compartidos si su empleador no ofrece ninguna cobertura o no ofrece cobertura que cumple con ciertas normas. Si el costo del plan de su empleador que lo cubriría a usted (y a ningún otro miembro de su familia) es más del 9.5% de sus ingresos familiares anuales, o si la cobertura que le ofrece su empleador no cumple con la norma de “valor mínimo” establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, podría ser elegible para un crédito tributario.

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado de Seguros en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces podría perder el derecho a los aportes del empleador (si ofrece alguna) a la cobertura ofrecida por este. Además, los aportes del empleador, así como los aportes del empleado a la cobertura ofrecida por el empleador, a menudo se excluyen de los ingresos a los efectos de la carga impositiva sobre la renta del Gobierno federal y estatal. Los pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen sobre los ingresos después de la deducción de los impuestos.

¿Cómo puedo obtener más información?
Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción del resumen del plan o comuníquese con el número de servicio al cliente de la aseguradora que aparece en su tarjeta de identificación. El Mercado puede ayudarlo a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, incluido el formulario de inscripción en línea para cobertura de seguro médico e información de contacto del Mercado de Seguros Médicos de su área. Para obtener información sobre la cobertura del Mercado, puede llamar a la línea de ayuda del gobierno las 24 horas del día, los 7 días de la semana, al 1-800-318-2596, o visite <https://www.healthcare.gov/marketplace/individual/>.

PARTE B: Información acerca de la cobertura médica ofrecida por su empleador
Esta sección contiene información acerca de toda cobertura médica ofrecida por su empleador. Si usted decide completar una solicitud para cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está enumerada de manera que se corresponda con la solicitud del Mercado.

| | | |
|---|---|------------------------|
| 3. Nombre del empleador | 4. Número de identificación del empleador | |
| Dicalite Management Group, Inc. | 80-0423777 | |
| 5. Dirección del empleador | 6. Número de teléfono del empleador | |
| 100 Four Falls, Suite 500 | (610)-660-8809 | |
| 7. Ciudad | 8. Estado | 9. Código postal |
| Conshohocken | Pensilvania | 19428 |
| 10. ¿Con quién nos podemos comunicar para obtener información acerca de la cobertura médica del empleado? | 11. Número de teléfono (si es diferente del anterior) | 12. Correo electrónico |
| Barbara Hladik | 610.660.8809 | bhladi@dicallite.com |

El plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si la parte de los costos de beneficios totales permitidos que cubre el plan no es menor del 60% de dichos costos.



Dicalite Management Group se reserva el derecho de modificar, enmendar, suspender o terminar cualquier plan, en su totalidad o en parte, en cualquier momento. La información que contiene esta Guía de Inscripción se presenta con fines ilustrativos y se basa en la información proporcionada por el empleador. El texto contenido en esta Guía se tomó de varias descripciones de resúmenes de planes e información sobre beneficios. Aunque se ha hecho todo lo posible para informar con precisión sobre sus beneficios, siempre se pueden presentar discrepancias o errores. En caso de discrepancia entre la Guía y los documentos reales del plan, prevalecerán los documentos reales del plan. Si tiene alguna pregunta acerca de la guía, comuníquese con Recursos Humanos.