

GUÍA DE BENEFICIOS PARA EMPLEADOS

Socorro Union

Dicalite Management Group les ofrece a usted y a los miembros elegibles de su familia un programa de beneficios integral y valioso. Esta guía fue diseñada para ayudarlo a conocer sus opciones de beneficios y la manera de inscribirse. Le recomendamos que se tome el tiempo necesario para informarse sobre sus opciones y elegir la mejor cobertura para usted y su familia.

DicaLiTE®

SPV Specialty Vermiculite

DicaPERL®

Bienvenidos A DICALITE.

EN ESTA GUÍA

Lo que necesita saber antes de inscribirse	3
Cambios en el plan	3
Benefits MAC	4
Herramientas en línea: BenePortal y ADP	5
Beneficios médicos	6
Cuenta de gastos flexibles (FSA)	7
Beneficios oftalmológicos	8
Beneficios odontológicos	9
El seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento	10
Beneficios por discapacidad	11
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	12
Programas nuevos para apoyar el bienestar	13
Telemedicina	14
Programa para dejar de fumar	15
Beneficios adicionales	16
Información de contacto de las aseguradoras	17
Avisos legales	18



¿Preguntas?

Si tiene preguntas sobre sus beneficios, comuníquese con nuestro equipo de apoyo a los miembros llamando al **800.563.9929** (de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 5:00 p.m., hora del este) o ingrese a **www.connerstrong.com/memberadvocacy**

Lo que debe saber antes de inscribirse en beneficios

¿Cuándo comienza la cobertura?

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

¿Quiénes son elegibles para seleccionar beneficios?

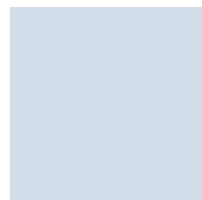
Los empleados a tiempo completo que trabajan 30 horas o más a la semana y que han cumplido con el período de espera obligatorio son elegibles para beneficios.

Calendario de inscripción

La inscripción abierta es del **13 de noviembre de 2024** al **27 de noviembre de 2024**.

Eventos de vida calificadorios

La Sección 125 del IRS le prohíbe que cambie su inscripción durante el año del plan salvo que tenga un evento de vida calificadorio, como por ejemplo: matrimonio, divorcio, muerte del cónyuge, pareja de hecho o un dependiente, nacimiento o adopción de un niño, terminación o inicio de la relación laboral para su cónyuge/pareja de hecho, un cambio en el estado del empleo (de tiempo completo a medio tiempo o de medio tiempo a tiempo completo) suyo o de su cónyuge/pareja de hecho que afecta la elegibilidad para recibir beneficios, o si usted o su cónyuge/pareja de hecho toma una licencia médica sin goce de sueldo.



Centro de defensa para socios beneficiarios («Benefits MAC»)

CONNER STRONG & BUCKELEW

Los beneficios de empleados pueden ser complejos, lo que hace que sea difícil comprender la cobertura y usarla adecuadamente. Los Benefits MAC le permiten hablar con un especialista de Apoyo a los miembros capacitado y experimentado quien puede responder sus preguntas y ayudarlo a aprovechar al máximo sus beneficios.

Puede comunicarse con Benefits MAC para recibir ayuda si:

- Cree que su reclamación no fue pagada correctamente
- Necesita 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 asesores de Apoyo a los miembros están disponibles de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. (hora del este). Después del horario de atención, podrá dejar un mensaje con un representante de forma directa y recibirá una respuesta por teléfono o correo electrónico durante el horario de atención en un plazo de 24 a 48 horas después de su consulta.



Puede comunicarse con
Benefits MAC en cualquiera
de las siguientes maneras:

Llame por teléfono al 800.563.9929

o envíe una solicitud en línea, en
cualquier momento, en

www.connerstrong.com/memberadvocacy.

Herramientas en línea

BENEPORTAL Y ADP

BenePortal

INFORMACIÓN SOBRE BENEFICIOS EN LÍNEA

En Dicalite, tiene acceso a una completa variedad de valiosos programas 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, puede:

- Repasar las opciones de planes médicos/de medicamentos recetados, oftalmológicos y dentales
- 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 ingrese a www.dicalitebenefits.com para acceder hoy a información sobre sus beneficios!

ADP

SISTEMA DE INSCRIPCIÓN EN LÍNEA

Inicie sesión en ADP en

<https://workforcenow.adp.com> y diríjase a **Myself > Benefits > Enrollments (Yo > Beneficios > Inscripciones)** y haga clic en la opción **Enroll Now (Inscribirse ahora)**. Puede optar por hacer clic en **Select Plan (Seleccionar plan)** para acceder a la inscripción elegida. Si elige rechazar un beneficio, deberá especificar el motivo.

- Para agregar un dependiente, haga clic en el enlace **Manage Dependents (Administrar dependientes)** en el paso 2 del proceso.
- Lea 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.
- Recorra cada paso hasta completar todas las elecciones y se active el botón **Continue tu Summary (Avanzar al resumen)**.
- Revise todas las selecciones. Cuando esté listo para confirmar sus selecciones, haga clic en **Submit Enrollment (Enviar inscripción)**.

Tenga en cuenta que las elecciones de beneficios no se procesarán si no hace clic en **Submit Enrollment (Enviar inscripción)**. Si selecciona **Save for later (Guardar para más adelante)**, esas inscripciones no se enviarán al equipo de RR. HH. hasta que no envíe por completo la inscripción.



Beneficios médicos

INDEPENDENCE ADMINISTRATORS

A continuación se presenta un resumen del plan médico y lo que **usted paga**.



Plan PPO

	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible Individual/Familia	\$0 / \$0	\$5,000 / \$10,000
Máximo de gastos por cuenta propia Individual/Familia	\$5,000 / \$10,000	\$10,000 / \$20,000
Costo compartido del plan	NC	Deducible, luego el 30%
Visita al consultorio Atención primaria Especialista	\$25 de copago \$50 de copago	Deducible, luego el 30%
Atención preventiva	100%	Deducible, luego el 30%
Laboratorio de diagnóstico (Análisis de sangre)	\$25 de copago	Deducible, luego el 30%
Diagnóstico por Imágenes (MRI/MRA, CT/CTA, tomografía PET)	\$25 de copago	Deducible, luego el 30%
Procedimiento ambulatorio	\$200 de copago	Deducible, luego el 30%
Sala de emergencias	\$500 de copago, el copago no se aplica si es hospitalizado	\$500 de copago, el copago no se aplica si es hospitalizado
Urgencias	\$50 de copago	\$50 de copago
Visita estando hospitalizado	\$350/día de copago hasta 5 días como máximo	Deducible, luego el 30%
MEDICAMENTOS RECETADOS (VENTA AL PÚBLICO: SUMINISTRO PARA HASTA 30 DÍAS/PEDIDO POR CORREO: SUMINISTRO PARA HASTA 90 DÍAS)		
VENTA AL PÚBLICO/PEDIDO POR CORREO		
Genéricos	\$10 / \$10	
De marca preferida	\$35 / \$50	
De marca no preferida	\$65 / \$100	
De especialidad	\$65 / \$100	

Consulte sus contribuciones en la lista de tarifas.

Cuenta de gastos flexibles (FSA)

FLORES



Una cuenta de gastos flexibles (FSA) es un plan de beneficios patrocinado por el empleador que le permite deducir dinero de su pago antes de la deducción 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 iFlex
- Tarjetas de débito
- Depósito directo

Límites de contribución:

- Usted puede aportar hasta \$3,300 a su FSA para la atención médica
- Usted puede aportar hasta \$5,000 para FSA para la atención de dependientes (\$2,500 si es soltero(a) o casado (a) y lo completan por separado)

IMPORTANTE:

Las contribuciones a los beneficios 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 calificado.

Beneficios oftalmológicos

DAVIS VISION

Consulte a continuación su plan oftalmológico que se ofrece como parte de su plan médico.

Plan oftalmológico

	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Examen de la vista (cada 12 meses)	Cubierto por completo después del copago de \$10	Hasta \$40 de reembolso
Lentes (cada 12 meses) Unifocales 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, marcos de cualquier modelo o diseñador de la colección de Davis Vision o descuento del precio minorista de \$130 en cualquier proveedor de marcos, 20% de descuento del saldo	Hasta \$50 de reembolso
Lentes de contacto electivos (Cada 12 meses)	\$25 de copago, 100% cubiertos	Hasta \$105 de reembolso
Lentes de contacto necesarios desde el punto de vista médico (Cada 12 meses)	Ninguno	Hasta \$225 de reembolso



Beneficios odontológicos

UNITED CONCORDIA FLEX

A continuación se presentan dos planes odontológicos disponibles para usted.
Nuestros planes utilizan la red Advantage Plus.



Plan Advantage

Plan base

	EN LA RED	FUERA DE LA RED	EN LA RED	FUERA DE LA RED
Deducible anual (Individual/Familia)		\$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	
Año calendario Beneficios máximos		\$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 de seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

RELIANCE STANDARD

El seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) ofrece protección ante eventos imprevistos de la vida, otorgándole a usted y a su familia activo circulante para asegurarse el pago de 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 por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	1 X salario, mínimo de \$50,000

A continuación se muestra cuántos beneficios se reducen a determinadas edades:

FRANJA DE EDAD	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

PLAN FEATURES	
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

Discapacidad a largo plazo reemplaza una parte de sus ganancias mensuales elegibles. Los pagos comenzarán 180 días después de una enfermedad o lesión que califique.

Si recibió tratamiento por una afección en los últimos tres meses antes de la fecha de entrada en vigor de su cobertura, no será elegible para pagos de beneficios hasta que el plan lo haya cubierto durante al menos doce meses. **El beneficio es voluntario y lo paga el empleado en su totalidad.**

Discapacidad a largo plazo

PLAN FEATURES	
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	65 años de edad



Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

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.

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



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).

¿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.

Programas para apoyar el bienestar

WELLWORKS Y LIVONGO

Wellworks

Dicalite se complace en continuar nuestra asociación con Wellworks, quien es nuestro socio que ayuda a mejorar nuestra salud y reclamaciones con la ayuda de médicos de atención primaria y su plataforma tecnológica. 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.

Presente su examen físico y sus análisis de laboratorio anuales a Wellworks antes del 15 de noviembre para ahorrar \$50 al mes en su seguro médico a partir del 1 de enero. Los empleados contratados después del 31 de agosto no tienen que presentar un examen físico ni análisis de laboratorio hasta el siguiente año calendario.

Livongo

Dicalite también se complace en seguir ofreciendo los servicios proporcionados por Livongo para la diabetes, que incluye una experiencia basada en la nube y centrada en el consumidor, un glucómetro interactivo conectado al celular, tiras reactivas ilimitadas y Health Nudges™ personalizados.

Livongo para la hipertensión incluye un tensiómetro conectado al celular que transmite datos, y Health Nudges para controlar la presión arterial.



Para comunicarse con Livongo

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

Para comunicarse con Wellworks

Visite www.wellworksforyoulogin.com
or llame al **800.425.4657**.

Con Teladoc, puede tener acceso a un médico desde su casa u oficina o cuando está de un lado a otro, 24 horas al día, 7 días de la semana, 365 días del año. Puede consultar a médicos diplomados por teléfono o por video seguro para tratar cualquier afección médica que no sea 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 variedad de afecciones. Algunas de las más frecuentes 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

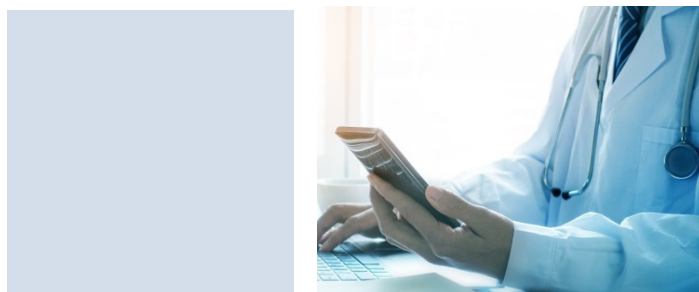
Dicalite ha mejorado el beneficio de telemedicina, que ahora incluye salud conductual y dermatología.

El servicio de salud conductual de Teladoc permite a los miembros del plan acceder a un consejero o psiquiatra desde la comodidad de sus casas. Si bien se puede demorar semanas en programar citas de salud conductual presenciales, las citas de salud conductual de Teladoc pueden programarse con 3 a 5 días de anticipación, y ocasionalmente hay citas disponibles para el día siguiente.

El servicio de dermatología de Teladoc le ofrece acceso rápido a una red de los mejores dermatólogos certificados que pueden diagnosticar y tratar más de 3,000 afecciones de la piel, el cabello y las uñas en línea. En aproximadamente 10 minutos o menos, el miembro del plan puede enviar algunas fotos y hablar con un proveedor y este puede enviar una receta a la farmacia más cercana.

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 “Tobacco Free” (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 ayudarle a dejar de fumar

El programa Tobacco Free 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”, 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 & BUCKELEW

Beneficios adicionales

Este recurso proporciona una gran variedad de servicios, descuentos y promociones especiales de servicios al consumidor, viajes, recreación y mucho más. Simplemente acceda al sitio, regístrese y podrá comenzar a usarlo ahora. Obtenga más información en: <https://connerstrong.corestream.com>

GlobalFit

¡Ahorre dinero y logre sus objetivos de acondicionamiento físico! Elija entre más de 10,000 gimnasios, incluidas cadenas nacionales, regionales y gimnasios locales.

- Ahorre con la garantía de precio más bajo de GlobalFit
- ¡Inscribirse es muy fácil! ¡Sin trámites, deducciones de la nómina ni molestias!
- ¡Comience a moverse! Una vez inscrito, ¡puede empezar al mediodía del día siguiente!
- Y mucho más...

Para más información, llame al **800.294.1500** o visite www.globalfit.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, opciones de medicamentos similares y consejos de ahorro, todo en un solo lugar.

Recuerde que si **usa GoodRx significa que está surtiendo recetas fuera de nuestros planes médicos**. Los miembros del plan de salud con deducible alto deben alcanzar el deducible **antes de que el plan comience** a cubrir los medicamentos recetados.

Si bien GoodRx puede ofrecer un precio más bajo (porque se usa un cupón), es importante averiguar si es posible aplicar esas reclamaciones a su deducible. Si es posible, deberá **enviar 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>

HealthyLearn

Este recurso aborda más de miles de 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



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 por discapacidad	Reliance Standard	800.351.7500	www.reliancestandard.com
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	Reliance Standard	855.775.4357	www.myassistanceprogram.com/rsi
Participación del PCP/médico	Wellworks	800.425.4657	www.wellworksforyoulogin.com
Manejo de diabetes / hipertensión	Livongo	800.945.4355	join.livongo.com/register
Apoyo a los miembros	Conner Strong & Buckelew	800.563.9929	www.connerstrong.com/memberadvocacy
Telemedicina	Teladoc	800.835.2362	www.teladochealth.com



Avisos legales

Disponibilidad del resumen de la información médica

Como empleado, los beneficios de salud a su disposición representan un componente significativo del paquete de su 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 información importante sobre todas las opciones de cobertura de salud 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 su inscripción o la de un dependiente elegible (incluido/a su cónyuge) mientras otro seguro médico u otra cobertura de plan de salud 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 contribuir a la otra cobertura).

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

Si usted rehúsa su inscripción o la de un dependiente elegible (incluido/a su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid u otra cobertura de un programa estatal de seguro de salud infantil 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. 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 de Salud Infantil (children's health insurance program, CHIP).

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

Si usted adquiere un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, usted y sus nuevos dependientes podrán inscribirse. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días 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 de salud generalmente no pueden, conforme a la Ley Federal, restringir beneficios por toda estancia hospitalaria de la madre o del 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 de 1998 (WHCRA, por sus siglas en inglés). A las mujeres que reciban beneficios relacionados con la mastectomía se les brindará cobertura de la manera que se determine tras consultar con el médico a cargo y la paciente respecto a:

- todas las etapas de reconstitución de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- la cirugía y reconstitución 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 coseguro 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, incluido 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 2006 se puso a disposición de todas las personas con 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 un Período de Inscripción Especial (SEP, por sus siglas en inglés) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

¿Cuándo 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 podría aumentar como mínimo un 1% de la prima base mensual de beneficiarios de Medicare por cada mes que no haya tenido 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 más información acerca de este Aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que se menciona más abajo para obtener más información. **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 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).

Avisos legales

Fecha: 09/25/2024
Nombre de la entidad/remitente: 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 cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadosalud.gov.

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. 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 Pago de AK primas del seguro médico
Sitio web: <http://myakhipp.com>
Teléfono: 1-866-251-4861
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
California - Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>

Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676

Colorado: Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>
Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711
CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>
Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711
Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.mycorhibi.com/>

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

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

INDIANA – Medicaid
Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid
Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>
<https://www.in.gov/tssa/dfr>
Administración de familias y servicios sociales
Teléfono: 1-800-403-0864

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)
Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>
Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366
Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>
Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563
Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>
TTY: Relé Maine 711

Kansas - Medicaid
Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>
Teléfono: 1-800-792-4884

Kentucky – Medicaid
Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP): <https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>
Teléfono: 1-855-459-6328
Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov
Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx>
Teléfono: 1-877-524-4718
Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

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

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>
Teléfono: 1-800-862-4840 TTY: 711

Por correo electrónico: masspreassistance@accenture.com

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

MISSOURI – Medicaid
Sitio web: <https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>
Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid
Sitio web: <https://dphs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>
Teléfono: 1-800-694-3084
Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>
Teléfono: (855) 632-7633
Lincoln: (402) 473-7000
Omaha: (402) 595-1178

NEVADA – Medicaid
Sitio web de Medicaid: <http://dhcnp.nv.gov>
Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

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

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

NUEVA YORK – Medicaid
Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/
Teléfono: 1-888-365-2851

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov>
Teléfono: 919-855-4100

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

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

OREGÓN – Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://cuidadosalud.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: <https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP
Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rita Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>
Teléfono: 1-888-549-0820
DAKOTA DEL SUR – Medicaid

Avisos legales

Sitio web: <http://dss.sd.gov>
Teléfono: 1-888-828-0059
TEXAS – Medicaid
Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>
Teléfono: 1-800-440-0493

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

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

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

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

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/>
<http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de 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

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

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2024, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol

1-866-444-EBSA (3272)

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 ayudarle a encontrar un seguro médico que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece un "punto único" para encontrar y comparar las opciones de seguros médicos privados. Usted 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 de salud del empleador afecta la elegibilidad para ahorros en las primas 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 atención médica 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 del "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, podría ser elegible para un crédito tributario.¹

Nota: Si adquiere un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, entonces podría perder el derecho a la contribución del empleador (si ofrece alguna) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, las contribuciones del empleador, así como las contribuciones 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 ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para 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 24 horas al día, 7 días de la semana, al 1-800-318-2596 o ingresar a <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 Dicalite Management Group, Inc.		4. Número de identificación del empleador 80-0423777	
5. Dirección del empleador 100 Four Falls, Suite 500		6. Número de teléfono del empleador (610)-660-8809	
7. Ciudad Conshohocken		8. Estado Pennsylvania	9. Código postal 19428
10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud de los empleados en este trabajo? Barbara Hladik		11. Número de teléfono 610.660.8809	12. Correo electrónico bhladik@dicalite.com

¹ 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[®]

 **SV** Specialty Vermiculite

DicaPERL[®]

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 del plan real, prevalecerán los documentos del plan real. Si tiene alguna pregunta acerca de la guía, comuníquese con Recursos Humanos.