

# DESSERT HOLDINGS®

Guía de beneficios  
2025-2026



Aurora, CO y  
Pembroke, NC

# Índice

---

Bienvenidos.....	3
¿Está listo para inscribirse? .....	3
Elegibilidad e inscripción.....	4
Beneficios médicos.....	5
Cuenta de ahorros para la salud (HSA).....	8
Cobertura de farmacia .....	9
TelaDoc.....	10
Beneficios dentales .....	11
Beneficios de visión.....	12
Contribuciones quincenales de empleados 2025-2026 .....	13
Seguro de vida y AD&D.....	14
Cobertura de discapacidad.....	15
Programa de asistencia al empleado de New York Life .....	16
Beneficios voluntarios de UNUM .....	17
Plan de jubilación 401(k) .....	19
Avisos legales.....	20

## Parte D de Medicare: Información sobre medicamentos recetados

**Si usted (y/o sus dependientes elegibles) están cubiertos por Medicare o serán elegibles para Medicare en los próximos 12 meses, una ley federal le ofrece más opciones sobre su cobertura de medicamentos recetados. Consulte los avisos en la página 21 para obtener más detalles.**

Este documento es un resumen de la cobertura proporcionada por los planes de beneficios de su empleador, basado en la información proporcionada por su empresa. No incluye todos los términos, coberturas, exclusiones, limitaciones y condiciones contenidos en el Documento oficial del plan, las pólizas de seguro aplicables y los contratos (colectivamente, los "documentos del plan"). Para conocer esos detalles, debe leer los propios documentos del plan. El objetivo de este documento es proporcionarle información general sobre los planes de beneficios de su empleador. No aborda necesariamente todos los asuntos específicos que pueden aplicarse en su caso. No debe interpretarse como asesoría legal, ni tiene la intención de serlo. En caso de que cualquier información contenida en este documento no concuerde con los documentos del plan, prevalecerán en todos los casos las disposiciones establecidas en los documentos del plan. Si desea revisar los documentos del plan o tiene preguntas sobre cuestiones específicas o disposiciones del plan, póngase en contacto con el Departamento de Recursos Humanos/Beneficios.

# Bienvenidos

---

Valoramos y reconocemos sus contribuciones al éxito de Dessert Holdings. Una de las formas en que lo demostramos es proporcionándole un amplio paquete de beneficios lo suficientemente flexible como para satisfacer sus diversas necesidades y las de su familia.

En esta guía se describen los beneficios que tiene a su disposición, así como información que le ayudará a elegir las opciones que mejor se adapten a sus necesidades y a las de sus dependientes elegibles.

Para aprovechar al máximo sus beneficios, tómese un tiempo para revisar esta guía detenidamente, reflexionar sobre sus necesidades y hacer las selecciones que sean más adecuadas para usted y su familia. Nuestro año del plan comprende del 1 de abril de 2025 al 31 de marzo de 2026. Si tiene preguntas, póngase en contacto con Recursos Humanos.



## ¿Está listo para inscribirse?

- **Inscríbase a través del sitio web del Asesor de beneficios de Paycor en [www.paycor.com](http://www.paycor.com).**
- Para los usuarios que acceden por primera vez, regístrese usando un código de acceso proporcionado por Recursos Humanos, después introduzca su apellido y dirección de correo electrónico. Luego cree una contraseña.
- Una vez que haya ingresado, vaya a la pestaña **Me (Yo)** y luego haga clic en **Benefits** (Beneficios). Será dirigido a la pantalla de inicio de **Benefits** (Beneficios). Seleccione **Start Your Enrollment** (Empezar su inscripción).
- Verifique sus datos, así como los de sus dependientes (si es necesario). También puede añadir dependientes en esta página
- Seleccione planes o renuncie a ellos
- Para los planes de vida y discapacidad puede ser necesario presentar una evidencia de asegurabilidad (EOI). Le aparecerá un mensaje indicando que es necesario presentar una prueba de asegurabilidad. Asegúrese de completar el formulario correspondiente y enviarlo a New York Life.



**¿Necesita ayuda para inscribirse o tiene preguntas sobre sus beneficios?** Programe una cita con un asesor de inscripción a través del siguiente enlace: <https://dessertholdings.benefitsinfo.com>. Las citas se darán por orden de llegada.

# Elegibilidad e inscripción

## ¿Quién es elegible?

### EMPLEADOS

Todos los empleados a tiempo completo que trabajen un mínimo de 30 horas semanales son elegibles para participar en los beneficios.

### DEPENDIENTES

Puede inscribir a otros miembros de su familia en su cobertura de beneficios. Cuando cubra dependientes, deberá elegir para ellos los mismos planes que seleccione para usted.

#### Los dependientes elegibles incluyen:

- Su cónyuge legal
- Parejas de hecho (se necesita una declaración jurada)
- Hijos (biológicos, adoptados o dependientes legales) hasta los 26 años, independientemente de su estado civil, su situación de estudiantes o su situación económica o laboral.
- Hijos discapacitados física o mentalmente de cualquier edad que sean incapaces de mantenerse por sí mismos. Es posible que se solicite una prueba de discapacidad.

## ¿Cuándo debe inscribirse?

Los empleados elegibles pueden inscribirse en la cobertura de beneficios del seguro a partir del:

- **Personal asalariado:** el primer día del mes después de su fecha de contratación.
- **Personal por horas:** su 61º día de empleo

Una vez que elija sus beneficios, éstos permanecerán vigentes durante todo el año del plan: del 1 de abril al 31 de marzo de 2026.

Si no se inscribe para recibir los beneficios durante el periodo inicial de elegibilidad o durante el periodo de inscripción abierta, no podrá elegir la cobertura hasta el siguiente año del plan, a menos que tenga un evento de vida calificable.

Inscríbase a través del sitio web del Asesor de beneficios de Paycor en [www.paycor.com](http://www.paycor.com).

### Evento de vida calificable

Los eventos de vida calificables incluyen, pero no se limitan a:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Fallecimiento de un cónyuge o de un hijo dependiente
- Nacimiento o adopción de un hijo
- El dependiente gana o pierde la elegibilidad para beneficios a través de otra fuente
- Un cambio significativo en su cobertura médica o en la de su cónyuge debido al empleo de su cónyuge o a un cambio en su situación laboral.
- Derecho a Medicare o Medicaid para usted, su cónyuge o dependiente

Si experimenta un evento de vida calificable, debe notificarlo por escrito a Recursos Humanos en un plazo de 30 días a partir del evento. Cualquier cambio en los beneficios debe estar directamente relacionado con el evento de vida calificable. Se solicitará documentación que justifique el cambio.

## ¿Cuándo termina la cobertura?

Si finaliza su empleo con Dessert Holdings, sus beneficios finalizarán el último día del mes siguiente a su fecha de terminación.

Otras circunstancias que pueden dar lugar a la finalización de la cobertura para usted y/o sus dependientes son la reducción de horas de trabajo regular, divorcio/separación legal y que los hijos dependientes cumplan 26 años.



# Beneficios médicos

Administrado por UnitedHealthcare

La buena salud es la base de una vida productiva en casa y en el trabajo. Para mantener su salud y la de su familia, se le ofrecen tres opciones de planes médicos: **El plan Choice Plus HDHP, el plan Choice In-Network Low y el plan choice plus High.**

**La opción del plan Low solo ofrece los beneficios dentro de la red.** Esto significa que debe buscar atención dentro de la Red Choice para que se consideren los beneficios. Los beneficios fuera de la red solamente se considerarán en caso de una verdadera emergencia. No es necesario que elija un médico de atención primaria, pero se aconseja hacerlo.

	Choice Plus HDHP		Plan Choice In Network Low	Plan Choice Plus High	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Solo dentro de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible (año calendario)</b>					
Individual	\$2,500	\$5,000	\$1,000	\$1,500	\$1,750
Familiar	\$5,000	\$10,000	\$2,000	\$4,500	\$5,250
<b>Máximo de gastos de bolsillo</b>					
Individual	\$5,000	\$10,000	\$3,500	\$4,000	\$4,500
Familiar	\$10,000	\$20,000	\$9,500	\$12,000	\$13,500
<b>Consultas médicas, exámenes de laboratorio y pruebas</b>					
Atención preventiva	Sin costo	40%*	Sin costo	Sin costo	40%*
Médico de atención primaria (PCP)	10%*	40%*	Copago de \$40	Copago de \$40	40%*
Especialista	10%*	40%*	Copago de \$40	Copago de \$40	40%*
Telesalud (Consultas con el PCP de Teladoc)	\$54	Sin cobertura	Copago de \$25	Copago de \$25	Sin cobertura
Salud mental/abuso de sustancias (consultas médicas)	10%*	40%*	Copago de \$40	Copago de \$40	40%*
Pruebas de laboratorio y radiografías de diagnósticos	10%*	40%*	Sin costo	Sin costo	40%*
Consulta de atención de urgencias	10%*	40%*	Copago de \$75	Copago de \$75	Copago de \$75
<b>Servicios hospitalarios</b>					
Servicios de hospitalización	10%*	40%*	10%*	10%*	40%* después de un copago de \$250
Cirugía ambulatoria	10%*	40%*	10%*	10%*	40%*
Sala de emergencias	10%*	10%*	Copago de \$250	Copago de \$250	Copago de \$250



A partir del 1 de abril de 2025 puede conectarse con Quantum Health a través de su app, por teléfono o en línea. Esté atento para obtener más información sobre sus defensores de atención en Quantum Health.



Haga clic en el siguiente enlace de video para obtener más información sobre Quantum Health

[https://quantumhealth.wistia.com/medias/xr8kgum64g.](https://quantumhealth.wistia.com/medias/xr8kgum64g)





# ¿ESTÁ LISTO PARA UNA EXPERIENCIA MÁS SENCILLA EN ATENCIÓN MÉDICA Y BENEFICIOS?

Pronto llegará un apoyo único e igualable.

Cuando se trata de atención médica y beneficios, puede ser difícil saber por dónde empezar. Quantum Health será su único lugar al que podrá acudir cuando necesite ayuda.



Un único número al que llamar para cualquier pregunta



Una única aplicación de autoservicio



Un único equipo de expertos dedicado a



# QUANTUM HEALTH

## SERÁ SU PRINCIPAL FUENTE DE INFORMACIÓN

para obtener orientación sobre atención médica e  
información sobre beneficios



Cuando sus beneficios entren en vigor, piense en Quantum Health como su equipo dedicado de enfermeras, especialistas en reclamos y expertos en beneficios, listos

- Responder a preguntas sobre reclamos, facturación y beneficios
- Encontrar proveedores dentro de la red
- Verificar la cobertura y, si es necesario, obtener la aprobación previa
- Contactar a los proveedores para coordinar su tratamiento
- Revisar sus opciones de atención



Ninguna solicitud es demasiado grande o pequeña para sus coordinadores de Quantum Health Care. Cuando necesite ayuda, estaremos a un **toque, un clic, un mensaje de chat o una**

**Póngase en contacto con sus coordinadores de atención a partir del 1 de abril de 2025. Esté atento para recibir más información próximamente.**



# Cuenta de ahorros para la salud (HSA)

Si se inscribe en el plan de salud con deducible alto (HDHP) de Choice Plus, es elegible para abrir una cuenta de ahorros para la salud (HSA). Una HSA es una cuenta que usted puede financiar con contribuciones antes de impuestos sobre la nómina, por lo que está reduciendo su renta gravable. Así, el dinero entra en la **cuenta libre de impuestos y sale libre de impuestos** siempre que lo utilice para gastos de atención médica calificados.

**Entre los gastos calificados se incluyen los deducibles, el coaseguro, gastos dentales, gastos de visión y otros. Los fondos pueden utilizarse tanto para usted como para sus dependientes fiscales, aunque no estén cubiertos por el plan.**

**El monto máximo que puede ingresar en la cuenta para 2025 es de \$4,300 si tiene cobertura individual y de \$8,550 si tiene cobertura de dependientes.**

**Si tiene 55 años o más, puede depositar \$1,000 adicionales. Esto se conoce como contribución de recuperación.**

**Los fondos que ingrese en la cuenta seguirán siendo suyos, aunque abandone Dessert Holdings.** Los fondos no utilizados se transferirán de un año a otro y pueden empezar a ganar intereses. Puede seguir financiando la cuenta mientras siga inscrito en un plan de salud calificado (HDHP). Si cambia de planes en el futuro, sus fondos seguirán estando disponibles, sin embargo, ya no será elegible para contribuir.

**Puede abrir una cuenta de ahorros para la salud a través de cualquier institución financiera de su elección.** Visite [hsasearch.com](http://hsasearch.com) para comparar los proveedores. Si decide no contribuir a través de la deducción de nómina, puede contribuir a su cuenta directamente y reclamar una deducción fiscal a final de año.

**Para ser elegible, tampoco puede estar cubierto por Medicare, ser declarado como dependiente fiscal de otra persona ni tener la cobertura de otro plan médico no calificado.**



# Cobertura de farmacia

Administrado por RxBenefits

Si se inscribe en uno de los planes médicos de Dessert Holdings, recibirá automáticamente cobertura de medicamentos recetados a través de RxBenefits. Cuando necesite medicamentos recetados, puede adquirirlos a través de una farmacia local al por menor o, para los medicamentos que toma de forma continua, a través del programa de pedidos por correo.

## Programa de pedidos por correo

El programa de pedidos por correo le ofrece una manera conveniente y cómoda de surtir sus medicamentos recetados que toma de manera regular (medicamentos de mantenimiento). Cuando utiliza el programa de pedidos por correo, recibe un suministro de medicamentos para 90 días. Sus medicamentos son enviados directamente a su hogar. Para ordenar medicamentos recetados a través del programa de pedidos por correo, deberá completar un formulario de pedidos por correo con una receta por 90 días de su médico y su pago. Los pedidos iniciales pueden tardar entre 10 y 14 días laborables para tramitarse. Puede encontrar un formulario de pedidos por correo en [caremark.com](http://caremark.com).

## Programa de medicamentos recetados de especialidad

Si padece una condición crónica y toma medicamentos de especialidad, deberá adquirirlos a través de una farmacia especializada designada que le ofrezca los mejores precios disponibles y apoyo adicional. Puede consultar una lista de medicamentos de especialidad y las condiciones que tratan en [CVSSpecialty.com](http://CVSSpecialty.com).

	Choice Plus HDHP	Plan Choice In Network Low	Plan Choice Plus High
	Dentro de la red	Dentro de la red	Dentro de la red
Máximo de gastos de bolsillo (Individual / Familiar)	\$2,000/\$4,000	\$1,000/\$2,000	\$600/\$1,200
<b>Al por menor (suministro para 30 días)</b>			
Nivel 1	10% después del deducible	Copago de \$20	Copago de \$20
Nivel 2	10% después del deducible	Copago de \$40	Copago de \$40
Nivel 3	10% después del deducible	Copago de \$70	Copago de \$70
Medicamentos de especialidad	10% después del deducible	30%	30%
<b>Pedido por correo (suministro para 90 días)</b>			
Niveles 1 - 3	10% después del deducible	2 veces el copago al por menor	2 veces el copago al por menor



## Consultas médicas 24/7 por teléfono o aplicación móvil

**Teladoc**  
HEALTH



### ¿Qué necesita saber?

Teladoc Health le ofrece acceso permanente a médicos estadounidenses certificados, desde casa o desde cualquier lugar. Llame o conéctese a través de la aplicación móvil Teladoc Health para recibir atención médica asequible cuando la necesite.

- Hable con un médico en cualquier momento y en cualquier lugar en el que se encuentre
- Reciba atención de calidad por teléfono, video o aplicación móvil
- Tratamiento rápido con acceso 24/7 a petición
- Una red de médicos que pueden tratar a todos los miembros de la familia
- Las recetas se envían a su farmacia de preferencia si es médicaamente necesario
- Teladoc es menos costoso que la sala de emergencias o atención de urgencias

### Obtenga la atención médica que necesita

Los médicos de Teladoc pueden tratar muchas condiciones médicas, incluyendo las siguientes:

- Síntomas de gripe y resfriado
- Alergias
- Conjuntivitis
- Infecciones respiratorias
- Problemas de sinusitis
- Problemas dermatológicos
- Y mucho más

Con su consentimiento, Teladoc se complace en proveer información sobre su consulta de Teladoc a su médico de atención primaria.



¡Hable con un médico en cualquier momento!  
Visite [teladochealth.com](http://teladochealth.com),  
descargue la aplicación Teladoc Health  
o llame al 1-800-Teladoc.

 UnitedHealthcare®

# Beneficios dentales

Administrado por UnitedHealthcare

Nuestros planes dentales le ayudan a mantener su sonrisa sana. Los planes dentales de Dessert Holdings se administran a través de UnitedHealthcare y le proporcionan a usted y su familia cobertura para los gastos dentales típicos, como limpiezas, radiografías, rellenos y coronas.

Los planes dentales le permiten la libertad de acudir a cualquier dentista, sin necesidad de referencias, para recibir atención dental. Si recibe atención de uno de los dentistas preferentes de UnitedHealthcare, pagará menos por su atención. Si elige un dentista no preferente, su parte de los costos será generalmente más elevada y es posible que tenga que presentar sus propios reclamos.

**Para obtener una lista de los dentistas preferentes de UnitedHealthcare, visite [www.uhc.com](http://www.uhc.com).** Elija ““Find a Doctor” (Encontrar un médico), después “Find Dental Providers” (Encontrar proveedores dentales), seleccione “Employer and Individual Plans” (Planes para empleadores e individuales) e introduzca su código postal. La red que desea seleccionar es la “National Options PPO 30”.

	Plan básico		Plan adicional	
	Dentro de la red	Fuera de la red	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Deducible por año calendario</b>	\$50 Individual \$150 Familiar	\$50 Individual \$150 Familiar	\$50 Individual \$150 Familiar	\$50 Individual \$150 Familiar
<b>Beneficio máximo anual</b>	\$1,250 por persona		\$1,750 por persona	
<b>Servicios preventivos</b> (Exámenes, limpiezas de rutina y radiografías)	Cobertura del 100%	Cobertura del 100%*	Cobertura del 100%	Cobertura del 100%*
<b>Servicios básicos</b> (Rellenos, cirugía oral)	20% después del deducible	20% después del deducible*	20% después del deducible	20% después del deducible*
<b>Servicios especiales</b> (Coronas, prótesis y puentes)	50% después del deducible	50% después del deducible*	50% después del deducible	50% después del deducible*
<b>Ortodoncia - Adultos y niños</b>	Sin cobertura		50% hasta \$1,500 de por vida (adultos y niños)	

**\*Proveedores fuera de la red:** Cuando utiliza proveedores fuera de la red, sus beneficios se pagarán en base al cargo razonable y acostumbrado que se basa en el más bajo de (1) el cargo real del dentista (el “Cargo real”), o (2) el cargo de la mayoría de los dentistas en la misma área geográfica por los mismos servicios o similares según lo determinado por UnitedHealthcare (el “Cargo acostumbrado”).

## La prevención ante todo - ¡Nos encanta verlo sonreír!

Su salud dental es una parte importante de su salud en general. Las consultas periódicas al dentista le informan sobre su estado de salud general, incluso puede informarle si puede estar desarrollando diabetes, enfermedades cardíacas y algunas formas de cáncer. Asegúrese de aprovechar sus consultas preventivas al dentista.



# Beneficios de visión

Administrado por UnitedHealthcare

El plan de visión ofrecido por Dessert Holdings promueve la atención preventiva mediante exámenes de la vista periódicos y proporciona cobertura para materiales correctivos, como lentes y lentes de contacto. El plan de visión es administrado por UnitedHealthcare a través de la red UnitedHealthcare Vision.

Si se inscribe en la cobertura de visión, puede acudir al proveedor de atención de visión que elija. Sin embargo, si elige proveedores que estén dentro de la red, recibirá un mayor descuento en los servicios.

El plan de visión está diseñado para cubrir las necesidades de atención de visión que sean visualmente necesarias. Deberá pagar más si elige determinados lentes cosméticos o electivos, así que asegúrese de preguntar a su oftalmólogo qué artículos están cubiertos por el plan antes de adquirir el material.

Plan de visión de UnitedHealthcare		
Características del plan	Dentro de la red	Fuera de la red
<b>Exámenes</b> (una vez cada 12 meses)	Copago de \$10	Hasta \$40
<b>Lentes</b> (una vez cada 12 meses)		
Monofocales	Copago de \$25	Hasta \$40
Bifocales	Copago de \$25	Hasta \$60
Trifocales	Copago de \$25	Hasta \$80
<b>Lentes de contacto</b> (una vez cada 12 meses) - en lugar de monturas		
Ajuste y evaluación	Cobertura total si se adquieren lentes de contacto de formulario	Sin cobertura
<b>Lentes de contacto</b>	Subsidio de \$130	Hasta \$130
<b>Monturas (una vez cada 24 meses)</b>	Subsidio de \$130 Usted recibirá un 30% de ahorro adicional sobre los montos que pague por encima de su subsidio.	Hasta \$45

## Como miembro de UnitedHealthcare, también tiene acceso a descuentos adicionales

- 20% de descuento en pares adicionales de lentes o lentes de sol graduados.
- Hasta un 35% de descuento sobre el precio promedio nacional del LASIK Tradicional a través de QualSight LASIK.
- Descuentos en aparatos auditivos programados a medida al comprarlos en UnitedHealthcare Hearing.



# Contribuciones quincenales de empleados 2025-2026

Plan médico	Choice Plus HDHP	Plan Choice In Network Low	Plan Choice Plus High
<b>Solo el empleado</b>	\$38.73	\$48.21	\$125.30
<b>Empleado + cónyuge</b>	\$262.88	\$279.68	\$343.54
<b>Empleado + hijo(s)</b>	\$235.19	\$237.71	\$299.68
<b>Familia</b>	\$369.23	\$419.51	\$482.43

Plan dental	Plan PPO básico	Plan PPO adicional
<b>Solo el empleado</b>	\$1.15	\$3.05
<b>Empleado + cónyuge</b>	\$4.76	\$8.69
<b>Empleado + hijo(s)</b>	\$5.64	\$10.29
<b>Familia</b>	\$7.57	\$13.81

Plan de visión	UnitedHealthcare Vision
<b>Solo el empleado</b>	\$1.24
<b>Empleado + cónyuge</b>	\$2.35
<b>Empleado + hijo(s)</b>	\$2.76
<b>Familia</b>	\$3.88



# Seguro de vida y AD&D

## Seguro de vida básico

Dessert Holdings ofrece un seguro de vida básico y un seguro de muerte accidental y desmembramiento (AD&D) a través de New York Life sin costo alguno para los empleados elegibles. El monto del beneficio es 1 vez su salario anual hasta \$150,000.

## Seguro de vida voluntario y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)

Puede adquirir un seguro de vida para usted, su cónyuge y/o sus hijos dependientes a través de New York Life. La participación es voluntaria y usted paga las primas. Debe elegir la cobertura para usted para poder adquirir la cobertura para su cónyuge y/o hijos dependientes.

Beneficio	Empleado	Cónyuge	Hijos
<b>Incrementos de los beneficios</b>	\$10,000	\$5,000	\$2,000
<b>Beneficio máximo</b>	El menor entre 5 veces su salario anual o \$500,000	\$250,000 o 50% del monto del empleado	\$10,000
<b>Emisión garantizada</b>	\$250,000	\$30,000	Toda la emisión garantizada
<b>Emisión garantizada durante la inscripción abierta</b>	Durante este periodo de inscripción abierta, todos los empleados pueden inscribirse a sí mismos y a sus dependientes elegibles hasta el límite de emisión garantizada sin tener que responder a ninguna pregunta médica. Si no se inscribe durante este periodo de inscripción abierta y desea hacerlo más adelante, se le solicitará una evidencia de asegurabilidad para cualquier monto que elija.		

## Evidencia de asegurabilidad y emisión garantizada

New York Life le solicita que demuestre que goza de buena salud antes de aceptar proporcionarle determinados niveles de cobertura. Esto se denomina evidencia de asegurabilidad (EOI). Por lo general, deberá proporcionar una evidencia de asegurabilidad: Si renuncia a la cobertura cuando es elegible inicialmente y se inscribe por primera vez en una fecha posterior, o selecciona la cobertura de cualquier monto por encima del monto de la emisión garantizada. La cobertura que requiere una EOI no entrará en vigor hasta que reciba la aprobación de New York Life.

## Mantenga a sus beneficiarios actualizados

Durante la inscripción, asegúrese de designar un beneficiario (la persona que recibirá este beneficio) para su seguro de vida y AD&D. Asegúrese de mantener actualizada la información de esta persona para que el beneficio se pague como usted desea.



Visite el subsitio de Dessert Holdings para obtener más información sobre sus beneficios y servicios de valor añadido de New York Life.

<https://www.newyorklife.com/group-benefit-solutions/dessertholdings>

# Cobertura de discapacidad

## Seguro de discapacidad a corto plazo (STD) voluntario

A través de New York Life, tiene acceso a un seguro voluntario de discapacidad a corto plazo (STD) y de discapacidad a largo plazo (LTD). Los planes de discapacidad también se conocen como planes de protección del salario o planes de sustitución de ingresos. Es importante que evalúe estos beneficios, ya que proporcionan un sustituto de ingreso para usted y su familia en caso de que se enferme o se lesione en un accidente no relacionado con el trabajo y no pueda trabajar.

Característica del plan	Discapacidad a corto plazo	
Elegibilidad	Empleados por hora y asalariados (salario anual inferior a \$100,000)	Empleados asalariados (Salario anual superior a \$100,000)
Monto del beneficio	60% de los ingresos semanales	60% de los ingresos semanales
Máximo semanal del beneficio	Opción 1 - \$500 Opción 2 - \$1,200	\$1,500
Fecha de inicio del beneficio	14° día del accidente o enfermedad	8° día del accidente o enfermedad
Periodo de beneficios	26 semanas	13 semanas

## Seguro de discapacidad a largo plazo (LTD) voluntario

Característica del plan	Discapacidad a largo plazo	
Elegibilidad	Empleados por hora y asalariados (menos de \$100,000)	Empleados asalariados (superior a \$100,000 - Pagado por el empleador)
Monto del beneficio	60% de los ingresos mensuales	60% de los ingresos mensuales
Máximo mensual del beneficio	\$5,000	\$10,000
Fecha de inicio del beneficio	180° día del accidente o enfermedad	90° día del accidente o enfermedad
Periodo de beneficios	Su cumpleaños número 65	Su cumpleaños número 65



# Programa de asistencia al empleado de New York Life

Este recurso del EAP está disponible para todos los empleados elegibles y sus familias a través de New York Life.

La vida está llena de cambios e incertidumbre. Las responsabilidades y demandas de nuestro tiempo pueden ser abrumadoras. Nos ocurre a todos.

Ya sea que su familia esté afrontando un cambio, retos financieros, problemas emocionales o necesita un par de manos extra para equilibrarlo todo, el programa de asistencia de vida, puede ponerlo en contacto con muchos recursos para ayudarlo a hacer su vida más manejable.

**El EAP incluye hasta tres sesiones presenciales o virtuales por incidente al año.**

**Asesoría de bienestar:** Usted y su familia tendrán acceso a asesores certificados que podrán trabajar con usted individualmente para alcanzar sus objetivos de salud y bienestar. Se ofrecen hasta cinco sesiones al año y se realizarán por teléfono.

**800.344.9752**  
**WWW.GUIDANCERESOURCES.COM**  
**IDENTIFICADOR WEB: NYLGBS**

**Los servicios son gratuitos, confidenciales y están a disposición de los empleados y sus familiares, 24/7/365.**

## LOS SERVICIOS DEL EAP PUEDEN AYUDARLE CON:

- Problemas de relación/divorcio
- Preocupaciones en el lugar de trabajo
- Ansiedad y depresión
- Abuso de alcohol y drogas
- Problemas entre padres e hijos
- Asesoría legal
- Dificultad con la escuela/compañeros
- Cuidado de ancianos/cuidado de niños
- Equilibrio entre trabajo y familia
- Localización de recursos



# Beneficios voluntarios de UNUM

## PORQUE EN LA VIDA SIEMPRE HAY IMPREVISTOS

Los accidentes ocurren, al igual que las enfermedades y las estancias hospitalarias. Por eso Dessert Holdings ofrecerá los siguientes productos voluntarios a nuestros empleados.

### Plan de accidentes

El seguro de accidentes proporciona beneficios para ayudar a cubrir los gastos médicos de bolsillo relacionados con una lesión accidental. Los beneficios se pagan en base al tipo de lesión o servicio realizado.

**Los beneficios cubiertos incluyen: servicios de ambulancia, atención de seguimiento, estancias hospitalarias y cirugías.** También se paga un beneficio aparte por lesiones tales como fracturas, luxaciones, esguinces, quemaduras y laceraciones. Consulte el documento del plan para ver la lista de los beneficios cubiertos. A continuación, se indican las tarifas quincenales

Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo	Familia
\$3.25	\$5.42	\$5.91	\$8.08

Haga clic [aquí](#) para obtener más información sobre los beneficios voluntarios ofrecidos por UNUM

### Enfermedad grave

El seguro de enfermedad grave proporciona beneficios en efectivo para ayudar a cubrir los gastos de bolsillo que conlleva el diagnóstico de una enfermedad cubierta, como un ataque cardíaco, un derrame cerebral o cáncer.

**Puede elegir entre tres montos de plan: \$5,000, \$10,000 o \$20,000** También puede elegir cubrir a sus dependientes elegibles. Los dependientes son elegibles para el 50% del monto del empleado.

**Costo:** Las tarifas por enfermedad grave se basan en su edad, el monto del beneficio y su consumo de tabaco. Podrá ver su costo quincenal en el sistema de Prepare Benefits Enroll a medida que avance en el proceso de inscripción.



**IMPORTANTE: Esta es una póliza de indemnización fija,  
NO un seguro de salud**

Esta póliza de indemnización fija puede pagarle un monto limitado si está enfermo u hospitalizado.

Sigue siendo responsable de pagar el costo de su atención.

- El pago que recibe no se basa en la cantidad de su factura médica.
- Es posible que esta póliza tenga un límite de pago anual.
- Esta póliza no sustituye a un seguro médico completo.
- Como esta póliza no es un seguro médico, no tiene que incluir la mayoría de las protecciones federales al consumidor que se aplican a los seguros de salud.

**¿Busca un seguro médico completo?**

- Visite **HealthCare.gov** o llame al **800.318.2596** (TTY: 855.889.4325) para encontrar alternativas de cobertura de salud.
- Para saber si puede obtener un seguro médico a través de su trabajo, o del trabajo de un familiar, póngase en contacto con su empleador.

**¿Tiene preguntas sobre esta póliza?**

- Si tiene preguntas o quejas sobre esta póliza, póngase en contacto con el Departamento de Seguros de su Estado. Busque su número en el sitio web de la Asociación Nacional de Comisionados de Seguros (**naic.org**), en la sección "Insurance Departments" (Departamentos de seguros).
- Si tiene esta póliza a través de su trabajo o del trabajo de un familiar, póngase en contacto con el empleador.

**Indemnización hospitalaria**

El plan de indemnización hospitalaria paga un monto fijo por estancia hospitalaria, además de un beneficio por hospitalización diaria. Si tiene una estancia hospitalaria calificada, recibirá un beneficio de \$2,000 por el ingreso y un beneficio de hospitalización diaria de \$100 por día. Si se encuentra en la UCI, el beneficio por día aumenta a \$200 y el beneficio por hospitalización aumenta a \$3,500. A continuación, se indican las tarifas quincenales

Empleado	Empleado + cónyuge	Empleado + hijo	Familia
\$5.37	\$11.98	\$9.02	\$15.62



# Plan de jubilación 401(k)

Administrado por VOYA

## LOS EMPLEADOS ELEGIBLES SE INSCRIBIRÁN AUTOMÁTICAMENTE.

Dessert Holdings ofrece actualmente a todos los empleados elegibles un plan de retiro 401(k) a través de VOYA.

Podrá participar en el plan cuando tenga 21 años y haya cumplido tres meses de servicio. En ese momento, se le inscribirá automáticamente al 4%.

Su empleador ha optado por igualar el 25% de sus contribuciones hasta el primer 4% de su pago, con una aportación máxima equivalente al 1% de su pago. Usted adquiere el 100% de los derechos una vez que es elegible para participar.



# Avisos legales

## Divulgación de las protecciones del paciente

En general, el plan de salud grupal de Dessert Holdings permite la designación de un proveedor de atención primaria. Tiene el derecho de designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted y a los miembros de su familia.

En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria. Usted no necesita autorización previa de Aetna ni de ninguna otra persona (incluido un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de atención médica de nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, el médico puede estar obligado a cumplir ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para determinados servicios, seguir un plan de tratamiento preaprobado o procedimientos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de atención médica participantes especializados en obstetricia o ginecología, póngase en contacto con Quantum.

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

Si se ha sometido o va a someterse a una mastectomía, puede tener derecho a determinados beneficios en virtud de la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer de 1998 (“WHCRA”). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de una manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para conseguir un aspecto simétrico;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Los beneficios de reconstrucción mamaria están sujetos a deducibles y limitaciones de coaseguro que son coherentes con los establecidos para otros beneficios del plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguros dentro de la red:

- **Choice Plus HDHP:** deducible individual de \$2,500, deducible familiar de \$5,000, coaseguro de 10%
- **Plan Choice In Network Low:** deducible individual de \$1,000, deducible familiar de \$2,000, coaseguro de 10%
- **Plan Choice Plus High:** deducible individual de \$1,500, deducible familiar de \$4,500, coaseguro de 10%

Si desea obtener más información sobre los beneficios de la WHCRA, llame a Quantum.

## Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos

En general, los planes de salud grupales y los aseguradores médicos no pueden, conforme a la legislación federal, restringir los beneficios por cualquier estancia hospitalaria relacionada con el parto de la madre o el recién nacido por un periodo inferior a 48 horas tras un parto vaginal o inferior a 96

horas tras una cesárea. Sin embargo, en general, la ley federal no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas según corresponda). En cualquier caso, los seguros y las aseguradoras no pueden, conforme a la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del seguro o de la aseguradora para prescribir una hospitalización que no supere las 48 horas (o 96 horas).

## Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA)

### PROTEGEMOS LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

Dessert Holdings está comprometida con la privacidad de su información médica. Los administradores del Plan de Salud (el “Plan”) usan estrictos estándares de privacidad para proteger su información médica en contra del uso o divulgación no autorizados.

Las políticas del Plan que protegen sus derechos de privacidad y sus derechos bajo la ley se describen en el aviso de prácticas de privacidad del plan. Puede recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad poniéndose en contacto con Recursos Humanos.

### DERECHOS DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL DE LA HIPAA

Nuestros registros muestran que usted es elegible para participar en el plan de salud de Dessert Holdings Group (para participar realmente, debe completar un formulario de inscripción y pagar parte de la prima mediante deducción de nómina).

La ley federal denominada HIPAA exige que se le informe sobre una disposición importante del plan: su derecho a inscribirse en el plan conforme a su “disposición de inscripción especial” en el supuesto de que adquiera un nuevo dependiente, o si rechaza la cobertura de este plan para usted o un dependiente elegible mientras esté en vigor otra cobertura y pierde dicha cobertura con posterioridad por ciertos motivos calificables.

**Pérdida de otra cobertura (excluyendo Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños).** Si rechaza la inscripción para usted o para un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras otra cobertura de seguro médico o plan de salud grupal está en vigor, puede inscribirse usted y a sus dependientes en este plan si sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a la otra cobertura para usted o sus dependientes). No obstante, deberá solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al término de dicha cobertura (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

**Pérdida de la cobertura de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.** Si rechaza la inscripción para usted o un dependiente elegible (incluido su cónyuge) mientras está en vigor la cobertura de Medicaid o la cobertura de un programa estatal de seguro médico para niños, es posible que usted y sus dependientes puedan inscribirse en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura. No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 días posteriores al finalizar dicha cobertura o la de sus dependientes con Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños.

**Nuevo dependiente por matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.** Si usted tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus nuevos dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción en los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para adopción.

**Elegibilidad para la asistencia para primas de Medicaid o un programa estatal de seguro médico para niños:** Si usted o sus dependientes (incluyendo su cónyuge) llegan a ser elegibles para un subsidio estatal de asistencia para primas de Medicaid o a través de un programa estatal de seguro médico para niños con respecto a la cobertura bajo este plan, puede inscribirse usted y sus dependientes en este plan.

No obstante, deberá solicitar la inscripción en los 60 días posteriores a la determinación de su elegibilidad o la de sus dependientes para dicha asistencia.

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información sobre las disposiciones de inscripción especial del plan, póngase en contacto con Recursos Humanos al **651.435.6848**.

#### Aviso de cobertura acreditable

#### AVISO IMPORTANTE DE DESSERT HOLDINGS SOBRE SU COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS Y MEDICARE

Lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso tiene información acerca de su cobertura actual de medicamentos recetados con Dessert Holdings y acerca de sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, deberá comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y su costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen la cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare está disponible desde 2006 para todos aquellos que tengan Medicare. Puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o se inscribe en el Plan Advantage de Medicare (como un HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proporcionan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual superior.
2. Dessert Holdings ha determinado que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el plan médico, en promedio para todos los participantes del plan, se espera que pague lo mismo que paga la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Puesto que su cobertura existente es una cobertura acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si después decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

#### ¿CUÁNDO PUEDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para recibir Medicare por primera vez, así como cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre. Sin embargo, si usted pierde su cobertura actual de medicamentos recetados acreditables, sin que sea culpa suya, también será elegible para un periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

#### ¿QUÉ SUCEDA CON SU COBERTURA ACTUAL SI DECIDE INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual con Dessert Holdings no se verá afectada. Usted puede mantener esta cobertura si se une a un plan de medicamentos de Medicare y este plan se coordinará con la cobertura de medicamentos de Medicare. Su cobertura actual paga otros gastos médicos además de los medicamentos recetados. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare, usted y sus dependientes elegibles seguirán siendo elegibles para recibir todos sus beneficios médicos y de medicamentos recetados actuales.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura médica y de medicamentos recetados a través de Dessert Holdings, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan recuperar esta cobertura hasta el próximo periodo de inscripción abierta.

#### ¿CUÁNDO PAGARÁ UNA PRIMA MÁS ALTA (MULTA) PARA INSCRIBIRSE EN UN PLAN DE MEDICAMENTOS DE MEDICARE?

También debe saber que si abandona o pierde su cobertura actual con Dessert Holdings y no se inscribe a un plan de medicamentos de Medicare dentro de los siguientes 63 días después de finalizar su cobertura actual, es posible que tenga que pagar una prima más alta (una multa) para inscribirse después al plan de medicamentos de Medicare.

Si pasa 63 días continuos o más sin una cobertura acreditable de medicamentos, su prima mensual puede subir al menos 1% de la prima básica de beneficiario de Medicare al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente por lo menos 19% más alta que la prima base del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (una multa) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tenga que esperar hasta el próximo octubre para inscribirse.

#### **PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE SUS OPCIONES BAJO LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS RECETADOS DE MEDICARE...**

El manual “Medicare y usted” incluye información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Usted recibirá una copia del manual en su correo cada año de parte de Medicare. También puede ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare. Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov).
- Llame a su programa estatal de asistencia sobre seguros médicos (consulte el número de teléfono en la contraportada de su copia del folleto “Medicare y usted”) para obtener ayuda personalizada.
- Llame al **1.800.MEDICARE (1.800.633.4227)**. Los usuarios de TTY deben llamar al **1.877.486.2048**.

Si usted tiene recursos e ingresos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar por la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener más información acerca de esta ayuda adicional, visite el sitio web del seguro social en [www.socialsecurity.gov](http://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 de Medicare, es posible que tenga que presentar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido la cobertura acreditable y, por lo tanto, si está obligado a pagar una prima más alta (una multa).**

<b>Fecha:</b>	1 de abril de 2025
<b>Nombre de la entidad/remitente:</b>	Dessert Holdings
<b>Contacto:</b>	Recursos Humanos
<b>Dirección:</b>	30 E 7th St., Suite 2600, St. Paul, MN 55101
<b>Número de teléfono:</b>	651.435.6848

## Asistencia para primas de Medicaid y el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura médica por parte de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que le ayudará a pagar la cobertura haciendo uso de los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero es posible que puedan adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados que figuran a continuación, póngase en contacto con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si tienen disponible asistencia para primas.

Si usted o sus dependientes **no** están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y cree que usted o alguno de sus dependientes pueden ser elegibles para alguno de estos programas, póngase en contacto con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **877.KIDS.NOW** o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo hacer la solicitud. Si califica, pregunte en su estado si tienen un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para la asistencia para primas de Medicaid o CHIP, y también son elegibles para el plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador si aún no está inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de “inscripción especial” y **usted debe solicitar la cobertura en los 60 días posteriores a la fecha en que se le determinó como elegible para la asistencia para primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, póngase en contacto con el Departamento del Trabajo en [www.askesba.dol.gov](http://www.askesba.dol.gov) o llame al **866.444.EBSA (3272)**.

**Si vive en alguno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para primas de plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada hasta el 31 de julio de 2024. Póngase en contacto con su estado para obtener más información acerca de la elegibilidad.**

<b>ALABAMA - Medicaid</b> <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a> 855.692.5447	<b>INDIANA - Medicaid</b> Programa de pago de primas del seguro médico Administración familiar y de servicios sociales <a href="http://www.in.gov/fssa/dfr/">http://www.in.gov/fssa/dfr/</a>   800.403.0864
<b>ALASKA - Medicaid</b>  El Programa de pago de primas del seguro médico de AK <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a>   866.251.4861 <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>	<b>IOWA - Medicaid y CHIP (Hawki)</b>  Medicaid: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid</a> 800.338.8366 Hawki: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki</a> 800.257.8563 HIPIP: <a href="https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp">https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp</a> 888.346.9562
<b>ARKANSAS - Medicaid</b> <a href="http://myarhipp.com">http://myarhipp.com</a> 855.MyARHIPP (855.692.7447)	<b>KANSAS - Medicaid</b> <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a> 800.792.4884   No. de teléfono del HIPIP: 800.967.4660
<b>CALIFORNIA - Medicaid</b>  Programa de pago de primas del seguro médico (HIPIP) <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> 916.445.8322   Fax: 916.440.5676  Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>	<b>KENTUCKY - Medicaid</b>  Programa de pago de primas del seguro médico integrado de Kentucky (KI-HIPIP): <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a> 855.459.6328   KIHIPPI.PROGRAM@ky.gov KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a>   877.524.4718 Medicaid: <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a>
<b>COLORADO - Medicaid y CHIP</b>  Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) <a href="https://www.healthfirstcolorado.com">https://www.healthfirstcolorado.com</a> Centro de contacto para miembros: 800.221.3943   Relé del estado 711 Plan de Salud para Niños (Child Health Plan Plus) (CHP+) <a href="https://www.colorado.gov/pacific/chepl/child-health-plan-plus">https://www.colorado.gov/pacific/chepl/child-health-plan-plus</a> Servicio de atención al cliente: 800.359.1991   Relé del estado 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI) <a href="https://www.mycohiba.com/">https://www.mycohiba.com/</a> Servicio de atención al cliente de HIBI: 855.692.6442	<b>LUISIANA - Medicaid</b> <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a> 888.342.6207 (línea directa de Medicaid) o 855.618.5488 (LaHIPP)
<b>FLORIDA - Medicaid</b>  <a href="http://flmedicaidtprecovery.com">www.flmedicaidtprecovery.com</a> / <a href="http://flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a> 877.357.3268	<b>MAINE - Medicaid</b>  Inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a> 800.442.6003   TTY: Relé de Maine 711 Prima del seguro médico privado: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a> 800.977.6740   TTY: Relé de Maine 711
<b>GEORGIA - Medicaid</b>  Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a> 678.564.1162, Marque 1 Sitio web de CHIPRA en GA: <a href="https://medicaid.georgia.gov/">https://medicaid.georgia.gov/</a> <a href="http://georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a> 678.564.1162, Marque 2	<b>MASSACHUSETTS - Medicaid y CHIP</b>  <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a> 800.862.4840   TTY: 711  Correo electrónico: <a href="mailto:masspremistance@accenture.com">masspremistance@accenture.com</a>

<b>MINNESOTA - Medicaid</b>	<b>UTAH - Medicaid y CHIP</b>
https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/ 800.657.3672	Programa de colaboración con las primas en Utah (UPP) https://medicaid.utah.gov/upp/   Correo electrónico: upp@utah.gov   888.222.2542 Expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de compras de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: https://chip.utah.gov/
<b>MISURI - Medicaid</b>	<b>VERMONT - Medicaid</b>
http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm 573.751.2005	https://dvh.a.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program 800.250.8427
<b>MONTANA - Medicaid</b>	<b>VIRGINIA - Medicaid y CHIP</b>
http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP 800.694.3084   Correo electrónico: HHSHIPPProgram@mt.gov	https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/ health-insurance-premium-payment-hipp-programs Medicaid y Chip: 800.432.5924
<b>NEBRASKA - Medicaid</b>	<b>WASHINGTON - Medicaid</b>
http://www.ACCESSNebraska.ne.gov No. de teléfono: 855.632.7633   Lincoln: 402.473.7000   Omaha: 402.595.1178	https://www.hca.wa.gov/ 800.562.3022
<b>NEVADA - Medicaid</b>	<b>VIRGINIA OCCIDENTAL - Medicaid y CHIP</b>
http://dhcfp.nv.gov 800.992.0900	https://dhhr.wv.gov/bms/ o http://mywvhipp.com/ Medicaid: 304.558.1700 No. de teléfono gratuito de CHIP: 855.MyWVHIPP (855.699.8447)
<b>NUEVO HAMPSHIRE - Medicaid</b>	<b>WISCONSIN - Medicaid y CHIP</b>
https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/ health-insurance-premium-program 603.271.5218   Número gratuito del programa HIPP: 800.852.3345, ext. 15218   Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm 800.362.3002
<b>NUEVA JERSEY - Medicaid y CHIP</b>	<b>WYOMING - Medicaid</b>
Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmabs/clients/medicaid 800.356.1561 CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html 800.701.0710 (TTY: 711)   Asistencia para primas: 609.631.2392	https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ 800.251.1269
<b>NUEVA YORK - Medicaid</b>	
https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ 800.541.2831	
<b>CAROLINA DEL NORTE - Medicaid</b>	<b>Si desea saber si algún otro estado ha incorporado un programa de asistencia para el pago de primas desde el 31 de julio del 2024, o si desea más información sobre los derechos especiales de inscripción, contacte a cualquiera de ellos:</b>
https://dma.ncdohs.gov 919.855.4100	<b>Departamento del Trabajo de los Estados Unidos</b> Administración de Seguridad de los Beneficios del Empleado www.dol.gov/agencies/ebsa 866.444.EBSA (3272)
<b>DAKOTA DEL NORTE - Medicaid</b>	<b>Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.</b> Centros de servicios de Medicare y Medicaid www.cms.hhs.gov 877.267.2323, Opción 4 del menú, Ext. 61565
https://www.hhs.nd.gov/healthcare 844.854.4825	
<b>OKLAHOMA - Medicaid y CHIP</b>	
http://www.insureoklahoma.org 888.365.3742	
<b>OREGÓN - Medicaid y CHIP</b>	
http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx 800.699.9075	
<b>PENSILVANIA - Medicaid y CHIP</b>	
https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html 800.692.7462	
Sitio web de CHIP: https://www.dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx CHIP No. de teléfono: 800.986.KIDS (5437)	Número de control de la OMB 1210-0137 (expira 31/1/2026)
<b>RHODE ISLAND - Medicaid y CHIP</b>	
http://www.eohhs.ri.gov 855.697.4347 o 401.462.0311 (Línea directa de RIte Share)	
<b>CAROLINA DEL SUR - Medicaid</b>	
http://www.scdhhs.gov 888.549.0820	
<b>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</b>	
http://dss.sd.gov 888.828.0059	
<b>TEXAS - Medicaid</b>	
https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program 800.440.0493	

---

## **Declaración de la Ley de Reducción de Trámites**

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de administración y presupuesto (OMB). El Departamento declara que una agencia federal no puede llevar a cabo o patrocinar una recopilación de información a menos que sea aprobada por la OMB bajo la PRA y muestre un número de control de la OMB válido y vigente y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre un número de control de la OMB válido y vigente. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (USC). Además, a pesar de cualquier otra disposición de la ley, ninguna persona estará sujeta a multas por no cumplir con una recopilación de información si esta no muestra un número de control de la OMB válido en ese momento. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de los Estados Unidos (USC).

Se estima que la carga de información pública para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se recomienda a las partes interesadas que envíen sus comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de trabajo de EE. UU., Administración de seguridad de los beneficios de los empleados, Oficina de políticas e investigación, a la atención de: Funcionario de autorización de ARP, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210 o por correo electrónico **ebsa.opr@dol.gov** y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

## Notas

---

## Notas

---



Esta guía de beneficios fue  
preparada por



# Gallagher

Seguro

Manejo de riesgos

Asesoramiento