

Avisos obligatorios

Número de control de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB): 1210-0040; fecha de caducidad: 31 de marzo de 2026

RESUMEN DEL INFORME ANUAL DE EXYTE AMERICAS HOLDING, INC. PLAN DE BENEFICIOS SOCIALES PARA EMPLEADOS

Este documento es un resumen del informe anual del Plan de Beneficios Sociales para Empleados de Exyte Americas Holding, Inc., que es un plan de salud, seguro de vida, dental, de visión, discapacidad temporal e incapacidad a largo plazo (número de identificación del empleador 74-2792091, número del plan 504), para el año del plan del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023. El informe anual ha sido presentado ante la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados, conforme lo exige la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA) de 1974.

Exyte Americas Holding, Inc. se ha comprometido a pagar ciertos reclamos de salud y medicamentos recetados incurridos según los términos del plan.

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS

El plan tiene contratos de seguro con UnitedHealthcare Insurance Company, Cigna Health and Life Insurance Company y afiliadas, Workers Assistance Program, Inc., Lincoln National Life Insurance Company, Pre-Paid Legal Services Inc. que opera con el nombre de LegalShield y Zurich American Insurance Company para pagar ciertos contratos de salud, exceso de siniestralidad, dental, de visión, indemnización, programa de asistencia al empleado, seguro de vida, discapacidad temporal, discapacidad a largo plazo, AD&D, membresía al plan de servicios legales y reclamaciones de AD&D, incurridos según los términos del plan. Las primas totales pagadas para el año del plan que terminó el 31 de diciembre de 2023 fueron de \$3,322,693.

SUS DERECHOS A OBTENER INFORMACIÓN ADICIONAL

Usted tiene derecho a recibir una copia del informe anual completo, o cualquier parte de él, cuando lo solicite. En ese informe se incluyen los temas que figuran a continuación:

- Información sobre seguros, incluidas las comisiones de venta pagadas por las compañías de seguros.

Para obtener una copia del informe anual completo o cualquier parte de él, escriba o llame a la oficina de Chrystal Hayes, quien es representante del administrador del plan, a 3400 N Central Expressway Suite 525, Richardson, TX 75080 y número de teléfono, 972-535-7300.

También tiene el derecho legalmente protegido de examinar el informe anual en la oficina central del plan, 3400 N Central Expressway Suite 525, Richardson, TX 75080, y en el Departamento de Trabajo de los EE. UU. en Washington, D. C., u obtener una copia del Departamento de Trabajo de los EE. UU. tras el pago de los costos de copia. Las solicitudes al Departamento deberán dirigirse a la Sala de Declaraciones Públicas: Public Disclosure Room, Room N-1513, Employee Benefits Security Administration, U.S. Department of Labor, 200 Constitution Avenue, N. W., Washington, D. C. 20210. El informe anual también se encuentra en línea en el sitio web del Departamento de Trabajo www.efast.dol.gov.

Opciones de cobertura en el Mercado de Seguros Médicos y su cobertura de salud

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Dado que partes clave de la ley de atención médica entraron en vigencia en 2014, hay otra forma de comprar un seguro médico: el Mercado de Seguros Médicos. Con el fin de ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, en este aviso se proporciona información básica sobre el Mercado y la cobertura médica en función del empleado ofrecida a través de su empleador.

¿QUÉ ES EL MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. Ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado. Asimismo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus primas mensuales. Por lo general, puede inscribirse en un plan médico del Mercado durante el período de inscripción abierta anual del Mercado o si tiene un evento de vida habilitante.

¿PUEDO AHORRAR DINERO EN MIS PRIMAS DE SEGURO DE SALUD EN EL MERCADO?

Usted puede cumplir los requisitos para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no ofrece cobertura u ofrece una que no cumpla con ciertos estándares. Los ahorros en su prima para los que usted es elegible dependen de sus ingresos familiares.

¿LA COBERTURA DE SALUD DEL EMPLEADOR AFECTA LA ELEGIBILIDAD PARA AHORROS DE PRIMAS A TRAVÉS DEL MERCADO?

Sí. Si usted tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, no será elegible para un crédito fiscal a través del Mercado y tal vez desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, puede resultar elegible para obtener un crédito fiscal que disminuya su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no le ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que le cubriría a usted (y no a otros miembros de su familia) es más del 9.96 % de sus ingresos familiares para el año, o si la cobertura que su empleador proporciona no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para un crédito fiscal.

Nota: Si obtiene un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida por su empleador, es posible que pierda los aportes del empleador (si tuviera) a la cobertura ofrecida por el empleador. Además, este aporte del empleador, así como su aporte de empleado a la cobertura del empleador, por lo general se excluye de los ingresos para fines de impuestos federales y estatales. Sus pagos para la cobertura a través del Mercado se hacen después de impuestos.

¿CÓMO PUEDO OBTENER MÁS INFORMACIÓN?

Para obtener más información acerca de la cobertura ofrecida por su empleador, consulte la descripción resumida de su plan o comuníquese con el Mercado al 1-800-318-2596.

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](https://www.healthcare.gov) para obtener más información, como la solicitud en línea para cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros Médicos en su área.

PARTE B: INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA MÉDICA OFRECIDA POR SU EMPLEADOR

Esta sección contiene información sobre cualquier cobertura médica ofrecida por su empleador. Si decide completar una solicitud de cobertura en el Mercado, se le pedirá que proporcione esta información. Esta información está numerada de manera tal que corresponda a la solicitud al Mercado.

1. Nombre del empleador: Exyte USA		2. Número de identificación del empleador (EIN): 74-2792091	
3. Dirección del empleador: 3400 N. Central Expressway, Suite 525		4. Número de teléfono del empleador: (972) 535-7300	
5. Ciudad: Richardson	6. Estado: Texas	7. Código postal: 75080	
8. ¿Con quién podemos comunicarnos por la cobertura de salud del empleado en este trabajo? Departamento de Beneficios			
9. Número de teléfono (si es diferente al anterior):		10. Dirección de correo electrónico:	

A continuación, se incluye información básica sobre la cobertura de salud ofrecida por este empleador:

- En calidad de empleador, ofrecemos un plan de salud a todos los empleados elegibles
 - Los empleados elegibles son todos los empleados que trabajan 30 horas o más por semana.
- Con respecto a los dependientes, ofrecemos cobertura.
 - Los dependientes elegibles son los siguientes:
 - Su cónyuge.
 - Un niño menor de la edad límite indicada en su Programa de cobertura.
 - Un hijo de su hijo que sea dependiente de usted para propósitos de impuestos federales sobre la renta al momento de la solicitud de cobertura del niño.
 - Cualquier otro niño incluido como dependiente elegible en el Plan.
- Si se la selecciona, esta cobertura cumple con el estándar de valor mínimo, y se pretende que el costo para usted sea asequible, en función de los salarios de los empleados.

****** Incluso si su empleador tiene la intención de que su cobertura sea asequible, usted puede ser elegible para un descuento de prima a través del Mercado. El Mercado usará sus ingresos familiares, junto con otros factores, para determinar si usted puede ser elegible para un descuento de prima. Si, por ejemplo, su salario varía de una semana a otra (tal vez sea empleado por hora o trabaja sobre la base de una comisión), si usted está recién empleado a mediados de año o si tiene otras pérdidas de ingresos, aún así puede calificar para un descuento de prima.

Si decide adquirir cobertura en el Mercado, www.healthcare.gov lo guiará a través del proceso.

AVISO DE EXYTE USA SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

En este aviso, se describe cómo la información médica acerca de usted puede utilizarse y divulgarse, y cómo usted puede acceder a ella. Revíselo detenidamente.

EL COMPROMISO DE NUESTRA COMPAÑÍA CON USTED

El propósito de este aviso es informarle sobre las prácticas de privacidad seguidas por Exyte (el Plan) y las obligaciones legales del Plan con respecto a su información de salud protegida conforme a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). En este aviso también se explican los derechos de privacidad que usted y sus familiares tienen como participantes del Plan. Está vigente desde el 1 de enero de 2025.

El Plan a menudo necesita acceso a su información médica protegida para poder pagar los servicios de salud y llevar a cabo funciones administrativas del plan. Queremos dejar en claro a los participantes cubiertos por el Plan que cumplimos con las leyes federales de privacidad y respetamos su derecho a la privacidad. Exyte requiere que todos los miembros de nuestro personal y terceros a los que se les proporcione acceso a información médica protegida cumplan con las prácticas de privacidad descritas a continuación.

INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Su información de salud está protegida por la Regla de Privacidad de la HIPAA. Generalmente, la información de salud protegida es información que identifica a una persona creada o recibida por un proveedor de atención médica, plan de salud o un empleador en nombre de un plan de salud grupal y que se relaciona con condiciones de salud física o mental, provisión de atención médica o pago por atención médica, ya sean pasados, presentes o futuros.

CÓMO PODEMOS USAR SU INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

De acuerdo con la Regla de Privacidad de la HIPAA, podemos usar o divulgar su información de salud protegida para ciertos fines sin su permiso. En esta sección, se describen las maneras en que podemos usar y divulgar su información de salud protegida.

Pago. Usamos o divulgamos su información médica protegida sin su autorización por escrito para determinar la elegibilidad para beneficios, solicitar reembolso de un tercero o coordinar beneficios con otro plan de salud en el cual usted está cubierto. Por ejemplo, un proveedor de atención médica que le proporcionó tratamiento nos brindará su información médica. Utilizamos dicha información para determinar si esos servicios son elegibles para el pago conforme a nuestro plan de salud grupal.

Operaciones de atención médica. Usamos y divulgamos su información médica protegida para funciones de administración del plan, tales como actividades de aseguramiento de calidad, resolución de quejas internas y evaluación del funcionamiento del plan. Por ejemplo, revisamos la experiencia de reclamos para comprender cómo los participantes utilizan el servicio y para modificar el diseño del plan a fin de controlar los costos de atención médica. Sin embargo, se nos prohíbe usar o divulgar información médica protegida de tipo genética para nuestros propósitos de suscripción.

Tratamiento. Si bien la ley permite el uso y la divulgación de su información médica protegida para propósitos de tratamiento, como plan de salud generalmente no necesitamos divulgar su información para propósitos de tratamiento. Su médico o proveedor de atención médica están obligados a proporcionarle una explicación de cómo usan y comparten su información médica para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Según lo permitido o requerido por la ley. También podemos usar o divulgar su información médica protegida sin su autorización por escrito por otras razones permitidas por la ley. La ley nos permite compartir información, sujeto a ciertos requisitos, con el fin de comunicar sobre beneficios o servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés, responder a una orden judicial o proporcionar información a otras actividades de salud pública (por ejemplo, prevenir la propagación de enfermedades) sin su autorización por escrito. También se nos permite compartir información médica protegida durante una reestructuración corporativa, como una fusión, venta o adquisición. Asimismo, divulgaremos información médica sobre usted cuando así lo requiera la ley, por ejemplo, para evitar daños graves a usted u otros.

De conformidad con su autorización. Cuando lo exija la ley, le pediremos su autorización por escrito antes de usar o divulgar su información de salud protegida. Los usos y divulgaciones no descritos en este aviso solo se harán con su autorización por escrito. Sujeto a algunas excepciones limitadas, se requiere su autorización por escrito para la venta de información médica protegida y para su uso o divulgación con fines de marketing. Si decide firmar una autorización para divulgar información, puede revocarla para evitar usos o divulgaciones futuros.

A asociados comerciales. Podemos celebrar contratos con entidades conocidas como asociados comerciales que prestan servicios o realizan funciones en nombre del Plan. Podemos divulgar información de salud protegida a los asociados comerciales una vez que hayan acordado por escrito salvaguardar la información de salud protegida. Por ejemplo, podemos divulgar su información médica protegida a un asociado comercial para administrar reclamos. Los asociados comerciales también están obligados por ley a proteger la información médica protegida.

Al patrocinador del Plan. Podemos divulgar información médica protegida a ciertos empleados de Exyte con el propósito de administrar el Plan. Estos empleados usarán o divulgarán la información médica protegida solo cuando sea necesario para las funciones de administración del plan o según lo exija la HIPAA, a menos que usted haya autorizado divulgaciones adicionales. Su información médica protegida no puede usarse para propósitos de empleo sin su autorización específica.

SUS DERECHOS

Derecho a inspeccionar y copiar. En la mayoría de los casos, usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información médica protegida que conservamos sobre usted. Si solicita copias, le cobraremos una tarifa razonable para cubrir los costos de las copias, envío por correo u otros gastos asociados con su solicitud. Debe presentar por escrito la solicitud para inspeccionar o revisar su información médica a la persona que aparece a continuación. En algunas circunstancias, podemos rechazar su solicitud. En la medida en que su información se guarde en un registro médico electrónico, puede recibir la información en un formato electrónico.

Derecho de modificación. Si cree que la información contenida en sus registros es incorrecta o si falta información importante, tiene derecho a solicitar que corriamos la información existente o que agreguemos la faltante. Debe presentar por escrito la solicitud para modificar su información médica a la persona que aparece a continuación. En algunas circunstancias, podemos rechazar su solicitud. Si rechazamos su solicitud, puede presentarnos una declaración de desacuerdo para su inclusión en cualquier divulgación futura de la información en disputa.

Derecho a un recuento de divulgaciones. Usted tiene el derecho de recibir un recuento de ciertas divulgaciones de su información médica protegida. Tal recuento no incluirá las divulgaciones que fueron hechas (1) para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica; (2) a usted; (3) de conformidad con su autorización; (4) a sus amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) para propósitos de seguridad nacional; o (6) incidentales a divulgaciones de otra manera permitidas.

Debe presentar por escrito la solicitud de recuento a la persona que aparece a continuación. Puede solicitar un recuento de las divulgaciones realizadas dentro de los últimos seis años. Puede solicitar uno sin cargo dentro de un período de 12 meses.

Derecho a solicitar restricciones. Usted tiene el derecho de solicitar que no usemos ni divulguemos información para tratamiento, pago u otros fines administrativos, excepto cuando usted lo autorice específicamente, cuando así lo exija la ley o en circunstancias de emergencia. También tiene el derecho de solicitar que limitemos la información médica protegida que divulgamos a alguien involucrado en su atención o el pago de su atención, como un familiar o amigo. Debe presentar por escrito la solicitud de restricción a la persona que aparece a continuación. Analizaremos su solicitud, pero en la mayoría de los casos no estamos legalmente obligados a aceptar esas restricciones.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene derecho a recibir comunicaciones confidenciales que contengan su información médica. Debe presentar por escrito la solicitud de restricción a la persona que aparece a continuación. Estamos obligados a contemplar las solicitudes razonables. Por ejemplo, puede solicitar que nos comuniquemos con usted en su lugar de empleo o que le enviemos comunicaciones sobre el tratamiento a una dirección alternativa.

Derecho a ser notificado sobre una filtración de datos. Usted tiene derecho a recibir una notificación en caso de que nosotros (o uno de nuestros asociados comerciales) descubramos una filtración de su información médica protegida no segura. La notificación sobre cualquier filtración se hará de acuerdo con los requisitos federales.

Derecho a recibir una copia en papel de este aviso. Si usted ha aceptado recibir este aviso electrónicamente, también tiene derecho a obtener una copia en papel de nosotros cuando lo solicite. Para ello, póngase en contacto con la persona que se indica a continuación.

NUESTRAS RESPONSABILIDADES LEGALES

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su información médica protegida, proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información médica protegida y notificar a las personas afectadas después de una filtración de la información médica protegida no segura.

Podemos cambiar nuestras políticas en cualquier momento y nos reservamos el derecho de hacer que el cambio sea efectivo para toda la información médica protegida que conservamos. En el caso de que hagamos una modificación significativa en nuestras políticas, le proporcionaremos una copia revisada de este aviso. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Para obtener más información acerca de nuestras prácticas de privacidad, póngase en contacto con la persona que se indica a continuación.

Si tiene alguna pregunta o queja, póngase en contacto con:

Departamento de Beneficios de Exyte
3400 N Central Expressway, Suite 525
Richardson, TX 75080
972-535-7300

QUEJAS

Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad o si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre el acceso a sus registros, puede ponerse en contacto con la persona antes mencionada. También puede enviar una queja por escrito a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. La persona antes mencionada puede proporcionarle la dirección apropiada si lo solicita o puede visitar www.hhs.gov/ocr para obtener más información. Usted no será penalizado ni sufrirá represalias por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o nosotros.

Aviso importante de Exyte USA sobre su cobertura de medicamentos con receta y Medicare

Por favor, lea este aviso con mucha atención y guárdelo en un lugar seguro. Este aviso tiene información sobre su cobertura actual de medicamentos con receta con Exyte y sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Esta información puede ayudarle a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está pensando en inscribirse, debería comparar su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos con receta de Medicare dentro de su zona. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos con receta.

Hay dos puntos importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- La cobertura de medicamentos con receta de Medicare está disponible desde 2006 para todos los que tengan Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de medicamentos con receta de Medicare o en un Plan de Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura para medicamentos con receta. 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 más alta.
- Exyte ha determinado que se prevé que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por el plan de Exyte, en promedio para todos los participantes del plan, pague el mismo monto de la cobertura de medicamentos con receta que Medicare estándar y, por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (un recargo) si posteriormente decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo se puede inscribir en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para afiliarse a Medicare y todos los años desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos con receta sin mediar culpa de su parte, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (Special Enrollment Period, SEP) de dos (2) meses para inscribirse a un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué pasa 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 de Exyte no se verá afectada. Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Exyte, tenga en cuenta que usted y sus dependientes podrían no recuperar esta cobertura.

¿Cuándo tendrá que pagar una prima más alta (recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe tener en cuenta que si renuncia o pierde su cobertura actual con Exyte y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días posteriores al fin de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (un recargo) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare en otro momento.

Si pasa 63 días consecutivos o más sin cobertura acreditable de medicamentos con receta, su prima mensual puede aumentar por lo menos en un 1 % de la prima básica mensual del beneficiario de Medicare por cada mes en que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19 % más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que tenga que pagar esta prima más alta (un recargo) siempre y cuando tenga cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Además, puede que tenga que esperar hasta el siguiente octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos con receta:

Póngase en contacto con la persona que se indica a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. Además, lo recibirá antes del próximo período de inscripción en un plan de medicamentos de Medicare; también lo recibirá si se cambia esta cobertura a través de Exyte. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones dentro de la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

En el manual "Medicare y Usted" encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos con receta. Cada año, Medicare le enviará por correo una copia del manual. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta de Medicare:

- Visite www.medicare.gov.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia en Seguros Médicos (consulte la contratapa interior de su copia del manual "Medicare y Usted" para obtener el número de teléfono), a fin de 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, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar la cobertura de medicamentos con receta de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página web del Seguro Social 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 deba suministrar una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido una cobertura acreditable o no y, por lo tanto, si se le exige o no que pague una prima más alta (un recargo).

Fecha: 1/1/2025

Nombre de la entidad/remitente: Exyte Contacto/oficina: Departamento de Beneficios

Dirección: 3400 N Central Expressway, Suite 525 Richardson, TX 75080

Número de teléfono: 972-535-7300

Aviso sobre derechos de COBRA

Está recibiendo este aviso porque hace poco obtuvo la cobertura de un plan de salud grupal (el Plan). **El presente aviso incluye información importante acerca de su derecho a la cobertura de continuación de COBRA, que es una extensión provisoria de la cobertura en virtud del Plan. Este aviso explica la cobertura de continuación de COBRA, cuándo puede estar disponible para usted y su familia, y qué debe hacer para proteger su derecho a obtenerla.** Cuando usted es elegible para COBRA, también podría ser elegible para otras opciones de cobertura que podrían costar menos que la cobertura de continuación de COBRA.

El derecho a la cobertura de continuación de COBRA fue creado por una ley federal: la Ley de Reconciliación del Presupuesto General Consolidado de 1985 (COBRA). La cobertura de continuación de COBRA puede estar disponible para usted y otros miembros de su familia si la cobertura de salud del grupo se diera por terminada. Para obtener más información sobre sus derechos y obligaciones según el Plan y la ley federal, debe revisar el Resumen de la Descripción del Plan o comunicarse con el Administrador del Plan.

Es posible que disponga de otras opciones al perder la cobertura de salud grupal. Por ejemplo, puede ser elegible para contratar un plan individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Al contratar una cobertura a través del Mercado, usted podría calificar para costos más bajos por sus primas mensuales y costos de gastos de bolsillo más bajos.

Además, usted podría calificar para un período de inscripción especial de 30 días para otro plan de salud grupal para el cual sea elegible (como un plan de cónyuge), incluso si ese plan generalmente no acepta inscripciones tardías.

¿QUÉ ES LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación de la cobertura de un Plan que de otro modo finalizaría debido a un evento de vida. A esto también se le denomina "evento habilitante". Más adelante en este aviso encontrará una lista de eventos habilitantes específicos. Después de un evento habilitante, se debe ofrecer la cobertura de continuación de COBRA a cada persona que sea un "beneficiario calificado". Usted, su cónyuge y sus hijos dependientes podrían convertirse en beneficiarios calificados si se hubiera perdido la cobertura del Plan debido a un evento habilitante. De acuerdo con el Plan, los beneficiarios calificados que eligen la cobertura de continuación de COBRA deben pagar por ella.

Si usted es empleado, será un beneficiario calificado si pierde su cobertura en virtud del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- Sus horas de trabajo son reducidas.
- Su empleo finaliza por cualquier motivo que no sea una falta grave

Si usted es el cónyuge de un empleado, pasará a ser beneficiario calificado si pierde su cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- su cónyuge fallece;
- si se reducen las horas de trabajo de su cónyuge;
- termina la relación laboral de su cónyuge por cualquier motivo, excepto falta grave de su parte;
- su cónyuge pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); o
- se divorcia o se separa legalmente de su cónyuge.

Sus hijos dependientes pasarán a ser beneficiarios calificados si pierden la cobertura del Plan debido a los siguientes eventos habilitantes:

- el empleado progenitor fallece;
- se reducen las horas de trabajo del empleado progenitor;
- el empleo del empleado progenitor termina por cualquier motivo que no sea por mala conducta alevosa de su parte;
- El empleado progenitor pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (Parte A, Parte B o ambas); los padres se divorcian o se separan legalmente; o el hijo deja de ser elegible para la cobertura del Plan como "hijo dependiente".

¿CUÁNDO ESTÁ DISPONIBLE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN DE COBRA?

El Plan ofrecerá cobertura de continuación de COBRA a beneficiarios calificados solamente después de que el Administrador del Plan haya sido notificado de algún evento habilitante. El empleador debe notificar al Administrador del Plan los siguientes eventos habilitantes:

- la desvinculación laboral o la reducción del horario de trabajo;
- el fallecimiento del empleado;
- el empleado pasa a tener derecho a los beneficios de Medicare (en la Parte A, en la Parte B o en ambas).

Para todos los demás eventos habilitantes (divorcio o separación legal del empleado y su cónyuge o de un hijo dependiente que pierda la elegibilidad para la cobertura como hijo dependiente), debe notificar al Administrador del Plan dentro de los 60 días posteriores a que ocurra el evento habilitante. Deberá notificar a: Exyte USA.

¿Cómo se proporciona la cobertura de continuación de COBRA?

Una vez que el Administrador del Plan recibe el aviso de que ocurrió un evento habilitante, se ofrecerá la cobertura de continuación de COBRA a cada uno de los beneficiarios calificados. Cada beneficiario calificado tendrá un derecho independiente a elegir la cobertura de continuación de COBRA. Los empleados cubiertos podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus cónyuges y los padres podrán elegir cobertura de continuación de COBRA en nombre de sus hijos.

La cobertura de continuación de COBRA es una continuación temporal de la cobertura que, por lo general, se prolonga durante 18 meses a causa de la desvinculación laboral o reducción del horario de trabajo. Ciertos eventos habilitantes, o un segundo evento habilitante durante el período inicial de cobertura, pueden permitir que un beneficiario reciba un máximo de 36 meses de cobertura.

También hay maneras en las que se puede ampliar este período de 18 meses de cobertura de continuación de COBRA:

PROLONGACIÓN POR DISCAPACIDAD DEL PERÍODO DE 18 MESES DE COBERTURA DE CONTINUACIÓN

Si el Seguro Social determina que usted o algún integrante de su familia cubierto por el Plan sufren una discapacidad y usted notifica puntualmente al Administrador del Plan, usted y toda su familia podrían tener derecho a recibir hasta un total de 11 meses más de cobertura de continuación de COBRA, durante un máximo de 29 meses. La discapacidad tendría que haber comenzado en algún momento antes del día 60 de la cobertura de continuación de COBRA y debe durar por lo menos hasta el final del período de 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA.

AMPLIACIÓN DEL PERÍODO DE 18 MESES DE LA COBERTURA DE CONTINUACIÓN POR SEGUNDO EVENTO HABILITANTE

Si su familia sufre otro evento habilitante durante los 18 meses de la cobertura de continuación de COBRA, el cónyuge y los hijos dependientes de su familia pueden tener hasta 18 meses adicionales de cobertura de continuación de COBRA, por un máximo de 36 meses, si se notifica adecuadamente al Plan sobre el segundo evento habilitante. Esta ampliación podría conferirse al cónyuge y los hijos dependientes que estén recibiendo la cobertura de continuación de COBRA cuando el empleado o ex empleado fallezca; adquiera el derecho a los beneficios de Medicare (de acuerdo con la Parte A, Parte B o ambas), se divorcia o se separa legalmente o si el hijo dependiente deja de ser elegible bajo el Plan como hijo dependiente. Esta ampliación solo está disponible si el segundo evento habilitante hubiera causado que el cónyuge o hijo dependiente perdiera la cobertura del Plan si no hubiera ocurrido el primer evento habilitante.

¿Existen otras opciones de cobertura además de la cobertura de continuación de COBRA?

Sí. En lugar de inscribirse en la cobertura de continuación de COBRA, puede haber otras opciones de cobertura para usted y su familia a través del Mercado de Seguros Médicos, Medicaid u otras opciones de cobertura de planes de salud grupal (como el plan de un cónyuge) a través de lo que se llama un "período de inscripción especial". Algunas de estas opciones pueden costar menos que la cobertura de continuación de COBRA. Para obtener más información sobre muchas de estas opciones, visite www.HealthCare.gov.

Si tiene preguntas

Las preguntas relativas a los derechos de su Plan o a la cobertura de continuación de COBRA deberán dirigirse al contacto o los contactos que se identifican a continuación. Para obtener más información sobre sus derechos, conforme a la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA), lo que incluye a COBRA, la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible y otras leyes que afectan los planes de salud grupales, comuníquese con la oficina regional o del distrito más cercana en su zona de la Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados (EBSA) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos o visite www.dol.gov/ebsa. (Los domicilios y números de teléfono de las oficinas regionales y del distrito de EBSA están disponibles en el sitio web de EBSA). Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov.

Mantenga a su Plan informado sobre los cambios de domicilio

Para proteger los derechos de su familia, informe al Administrador del Plan sobre cualquier cambio de domicilio de los miembros de la familia. Asimismo, debe guardar una copia, para su registro, de cualquier aviso que envíe al Administrador del Plan.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PLAN

Fecha: 1 de enero de 2025

Nombre de la entidad/remitente: Exyte Contacto/oficina:

Departamento de Beneficios de Exyte, dirección:

3400 N Central Expressway, Suite 525

Richardson, TX 75080

Número de teléfono: 972-535-7300

Otros avisos

PROGRAMA DE BIENESTAR Y AVISO DE ALTERNATIVAS RAZONABLES

Exyte USA Wellness Program es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador, que buscan mejorar la salud de los empleados o evitar una enfermedad, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación Por Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos, según corresponda, entre otras.

Si decide participar en el programa de bienestar, se le pedirá que se realice un examen biométrico y pruebas de detección preventivas si tiene la edad correspondiente. El examen biométrico incluirá un análisis de sangre para detectar triglicéridos, niveles de glucosa, colesterol y presión arterial. En el programa de bienestar también se incluye una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA" en la que se le formulan una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud. No está obligado a completar la HRA ni a participar en el análisis de sangre u otros exámenes médicos, así como tampoco en otras actividades de programas de bienestar.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán un incentivo de una prima diferencial por cumplir con todos los requisitos de bienestar. Aunque no está obligado a completar la HRA, las pruebas de detección preventivas ni a participar en el examen biométrico, solo los empleados que lo hagan recibirán una prima diferencial.

La información de su HRA y los resultados de examen biométrico se utilizarán para proporcionarle información que le ayude a comprender su salud actual y sus posibles riesgos, y también pueden utilizarse para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar. También se le sugiere que comparta sus resultados o dudas con su médico.

PROTECCIONES CONTRA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica personalmente identificable. Aunque el programa de bienestar y Exyte USA pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar de Exyte USA nunca divulgará ninguno de sus datos personales ni públicamente ni al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya de una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar o según lo permita expresamente la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá ser utilizada para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no se venderá, intercambiará, transferirá ni divulgará de ninguna otra manera, excepto en la medida en que lo permita la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información médica como condición para participar en el programa de bienestar o recibir un incentivo.

Cualquier persona que reciba su información con fines de prestarle servicios como parte del programa de bienestar deberá respetar los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información de salud de identificación personal son los representantes de Rally Health & Wellness, con el fin de proporcionarle servicios del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se conservará separadamente de sus registros de personal, la información almacenada electrónicamente se encriptará y la información que usted proporcione como parte del programa de bienestar no será usada para tomar ninguna decisión de empleo. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier filtración de datos y, en caso de que se produzca una filtración de datos que incluya información que usted haya proporcionado en relación con el programa de bienestar, será notificado inmediatamente.

No podrá ser discriminado en el empleo por la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

ALTERNATIVAS RAZONABLES

Su plan médico tiene el compromiso de ayudarlo a alcanzar su mejor estado de salud. Todos los empleados tienen acceso a recompensas por participar en un programa de bienestar elegible. Si cree que no puede cumplir una norma para obtener una recompensa en el marco del programa de bienestar de Exyte USA, podría tener la oportunidad de obtener la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con Recursos Humanos al 972-535-7300 y trabajaremos con usted (y si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted teniendo en cuenta su estado de salud.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Recursos Humanos al 972-535-7300.

Período especial de inscripción de 60 días

Además de los eventos habilitantes mencionados en la guía de inscripción, usted y sus dependientes tendrán un período especial de 60 días para elegir o descontinuar la cobertura si:

Usted o la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) de su dependiente se termina como resultado de la pérdida de elegibilidad.

Usted o su dependiente comienzan a ser elegibles para un subsidio de asistencia de prima según Medicaid o CHIP.

Aviso de derechos especiales de inscripción

Si rechaza la inscripción en una cobertura médica para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, usted y sus dependientes podrán inscribirse en la cobertura médica de Exyte USA si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción antes de los 30 días siguientes a la finalización de su otra cobertura o de sus dependientes (o siguientes a la fecha en que el empleador deje de realizar aportes a la otra cobertura). Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción, puede inscribirse e inscribir a sus dependientes en la cobertura médica de Exyte USA, siempre y cuando solicite la inscripción comunicándose con el administrador de beneficios antes de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o entrega en adopción. Para obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos de Exyte USA al 972-535-7300.

Aviso de protección de la salud de los recién nacidos y las madres

Para las estadías hospitalarias por maternidad, de acuerdo con la ley federal, el Plan no restringe los beneficios, para cualquier estadía hospitalaria relacionada con el parto para la madre o el recién nacido, a menos de 48 horas después de un parto vaginal o menos de 96 horas después de un parto por cesárea.

Sin embargo, la ley federal generalmente no impide que el proveedor de atención médica de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, les den de alta antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). El plan no puede exigir que un proveedor prescriba una duración de estadía inferior a 48 horas (o 96 horas después de una cesárea).

Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998

Si le han realizado una mastectomía, o están por realizársela, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios conforme a la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se suministrará de la manera determinada en consultas con el médico tratante y el paciente para:

- Todos los estados de la reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía.
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir un aspecto simétrico.
- Prótesis.
- Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán de acuerdo con los mismos deducibles, copagos y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a su plan médico. Para obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, comuníquese con Exyte USA o con el administrador de su plan médico.

Aviso de CHIP

ASISTENCIA PARA PRIMAS DE MEDICAID Y EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO INFANTIL (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para la cobertura de salud de Exyte, su estado puede tener un programa de asistencia para primas que puede ayudarle a pagar la cobertura con los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia para primas, pero tal vez pueda adquirir una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en un estado que se indica en la siguiente página, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para averiguar si hay asistencia para primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes pueden ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado o llame al **1-877-KIDS NOW**, o bien, visite www.insurekidsnow.gov para averiguar cómo solicitarlos. Si califica, pregunte en la oficina de su estado si hay algún programa que pueda ayudarle 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, así como del plan de su empleador, este debe permitirle inscribirse en su plan de 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 la determinación de su elegibilidad para la asistencia para primas**. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo a través del sitio web www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está vigente desde el 17 de marzo de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

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

Departamento de Trabajo de los EE. UU.

Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Alabama (Medicaid)	http://www.myalhipp.com/	1-855-692-5447
Alaska (Medicaid)	Programa de pago de primas: http://myakhipp.com/ Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com	1-866-251-4861
Arkansas (Medicaid)	http://myarhipp.com/	1-855-692-7447
California (Medicaid)	http://dhcs.ca.gov/hipp Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	916-445-8322 916-440-5676 (fax)
Colorado (Medicaid y CHIP)	Medicaid: https://www.healthfirstcolorado.com/ CHIP: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus HIBI: https://www.mycohibi.com/	1-800-221-3943 1-800-359-1991 1-855-692-6442 Relé estatal 711
Florida (Medicaid)	https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html	1-877-357-3268
Georgia (Medicaid)	HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra	678-564-1162, presione 1 678-564-1162, presione 2
Indiana (Medicaid)	Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64: http://www.in.gov/fssa/dfr/ Todos los demás Medicaid: https://www.in.gov/medicaid	1-800-403-0864 1-800-457-4584
Iowa (Medicaid y CHIP)	Medicaid: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid CHIP: http://dhs.iowa.gov/Hawki HIPP: https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowamedicaid/fee-service/hipp	1-800-338-8366 1-800-257-8563 1-888-346-9562
Kansas (Medicaid)	https://www.kancare.ks.gov/	1-800-792-4884 HIPP: 1-800-967-4660
Kentucky (Medicaid y CHIP)	Medicaid: https://chfs.ky.gov/agencies/dms KI-HIPP: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Correo electrónico de KI-HIPP: KIHIPPPROGRAM@ky.gov KCHIP: https://kynect.ky.gov	1-855-459-6328 1-877-524-4718

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Luisiana (Medicaid)	www.medicaid.la.gov www.ldh.la.gov/la hipp	1-888-342-6207 1-855-618-5488
Maine (Medicaid)	https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=e_n_US https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms	Inscripción: 1-800-442-6003 HIP privado: 1-800-977-6740 TTY: Relé de Maine 711
Massachusetts (Medicaid y CHIP)	https://www.mass.gov/masshealth/pa Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	1-800-862-4840 TTY: 711
Minnesota (Medicaid)	https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/	1-800-657-3672
Missouri (Medicaid)	http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
Montana (Medicaid)	http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP HSHIPPProgram@mt.gov	1-800-694-3084
Nebraska (Medicaid)	http://www.ACCESSNebraska.ne.gov	1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
Nevada (Medicaid)	http://dhcfp.nv.gov/	1-800-992-0900
Nuevo Hampshire (Medicaid)	https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	603-271-5218 o 1-800-852-3345, ext. 15218
Nueva Jersey (Medicaid y CHIP)	Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html	Medicaid: 609-631-2392 CHIP: 1-800-701-0710 (TTY: 711)
Nueva York (Medicaid)	https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/	1-800-541-2831
Carolina del Norte (Medicaid)	https://medicaid.ncdhhs.gov/	919-855-4100
Dakota del Norte (Medicaid)	https://www.hhs.nd.gov/healthcare	1-844-854-4825
Oklahoma (Medicaid y CHIP)	http://www.insureoklahoma.org	1-888-365-3742
Oregón (Medicaid)	http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	1-800-699-9075
Pensilvania (Medicaid y CHIP)	Medicaid: https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html CHIP: https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html	Medicaid: 1-800-692-7462 CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)
Rhode Island (Medicaid y CHIP)	http://www.eohhs.ri.gov/	1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Teléfono directo de RI)
Carolina del Sur (Medicaid)	https://www.scdhhs.gov	1-888-549-0820
Dakota del Sur (Medicaid)	http://dss.sd.gov	1-888-828-0059
Texas (Medicaid)	https://www.hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program	1-800-440-0493
Utah (Medicaid y CHIP)	Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ CHIP: http://health.utah.gov/chip Sitio web de expansión para adultos: https://medicaid.utah.gov/expansion/ Sitio web del programa de compra de Medicaid de Utah: https://medicaid.utah.gov/buyout-program/	1-888-222-2542
Vermont (Medicaid)	https://dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program	1-800-250-8427
Virginia (Medicaid y CHIP)	https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premiumassistance/famis-select https://coverva.dmas.virginia.gov/learn/premiumassistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs	1-800-432-5924
Washington (Medicaid)	https://www.hca.wa.gov/	1-800-562-3022
Virginia Occidental (Medicaid)	https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/	Medicaid: 304-558-1700 CHIP: 1-855-699-8447
Wisconsin (Medicaid y CHIP)	https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm	1-800-362-3002
Wyoming (Medicaid)	https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/	1-800-251-1269