



2026

GUÍA DE BENEFICIOS

INSCRIPCIÓN ABIERTA
DEL 10 AL 21 DE NOVIEMBRE DE 2025

EMPLEADOS POR HORA

EPI POWER

ÍNDICE

Esta guía de beneficios describe los planes de beneficios disponibles para usted por ser empleado de EPI Power. Los detalles de estos planes están en los documentos oficiales del plan que su empleador le ha proporcionado e incluyen algunos contactos de seguros. Esta guía solo incluye los aspectos destacados de cada plan. No contiene todos los detalles que se incluyen en la descripción resumida de su plan, conforme lo describe la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA).

Si en algún momento tiene alguna pregunta sobre uno de estos planes, o si hay un conflicto entre la información incluida en esta guía y el lenguaje formal de los documentos del plan, prevalecerá el texto formal de los documentos del plan. Tenga en cuenta que los beneficios descritos en esta guía pueden modificarse en cualquier momento y no representan una obligación contractual por parte de EPI Power.

CONTACTOS IMPORTANTES....2
BIENVENIDA....3
CÓMO INSCRIBIRSE....4
ELIJA SU PLAN MÉDICO....5
ENTIENDA SUS OPCIONES....5
COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS....6
FARMACIA....7
BENEFICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA A DISTANCIA (TELEHEALTH)....8
CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD (HSA)....9
CUENTA DE GASTOS FLEXIBLES (FSA)....10
PLAN DENTAL....11
PLAN PARA LA VISTA....12
SEGURO DE VIDA....13
BENEFICIOS VOLUNTARIOS....14
PROGRAMA DE ASISTENCIA PARA EMPLEADOS....18
PLAN 401(K)....19
APORTES DEL EMPLEADO....20
AVISOS SOBRE BENEFICIOS ANUALES....21

CONTACTOS IMPORTANTES

COBERTURA	CONTACTO	TELÉFONO	SITIO WEB
Médica	Wellmark	800-524-9242	wellmark.com
Farmacéutica	CVS/Caremark	866-611-5961	caremark.com
Dental	Delta Dental of Iowa	800-544-0718	deltadentalia.com
De visión	VSP	800-877-7195	vsp.com
Telemedicina	Doctor On Demand	800-997-6196	doctorondemand.com
FSA	HealthEquity	866-889-8583	healthequity.com
HSA	HealthEquity	866-889-8583	healthequity.com
Seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento (AD&D)	Mutual of Omaha	800-877-5176	mutualofomaha.com
Discapacidad	Mutual of Omaha	800-877-5176	mutualofomaha.com
Seguro contra accidentes, de enfermedades críticas e indemnización hospitalaria	Mutual of Omaha	800-755-6000	mutualofomaha.com
Jubilación 401(k)	Centro de Servicios de Jubilación de Principal	800-547-7754	principal.com
Programa de Asistencia para el Empleado	SupportLinc	888-881-5462	supportlinc.com
Recursos Humanos (RR. HH.)	RR. HH. de Weitz		weitzHR@weitz.com

En la Intranet de SharePoint de la compañía hay información adicional disponible. Allí puede encontrar los resúmenes de los beneficios del plan con detalles específicos de los beneficios. Comuníquese con su representante local de Recursos Humanos para obtener información adicional. También puede comunicarse con RR. HH. a través del correo electrónico WeitzHR@weitz.com.

Llame al 866-738-2023 para hablar con un asesor de beneficios para elegir o cambiar los beneficios.



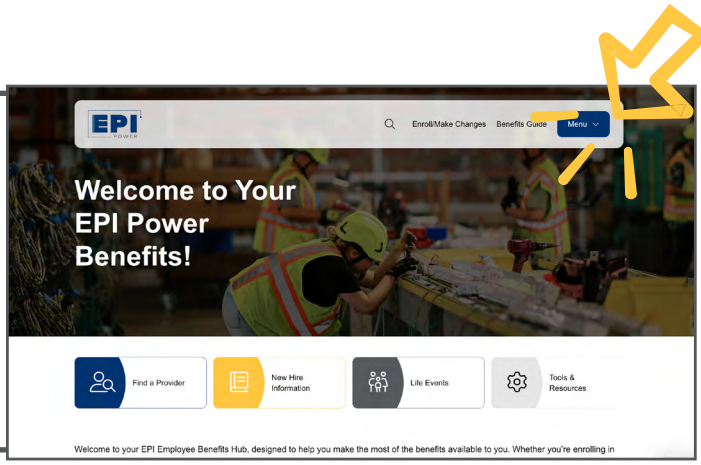
BIENVENIDA

EPI Power se enorgullece de ofrecer un programa integral de beneficios diseñado para apoyar su salud, seguridad financiera y bienestar general. Nuestros beneficios son flexibles, por lo que puede elegir la mejor cobertura para su estilo de vida, sus objetivos y las necesidades de su familia.

Esta guía destaca los principales beneficios disponibles para usted por ser empleado de EPI Power, y es un gran punto de partida si tiene preguntas o desea revisar sus opciones. Tómese un tiempo para leer la información y entender sus opciones, y asegúrese de inscribirse antes de la fecha límite.

Presentación de EPIPowerBenefits.com

EPI Power tiene un nuevo sitio web de beneficios para empleados fácil de usar. Visite el sitio web para acceder a videos educativos, detalles de los planes, preguntas frecuentes y herramientas para tomar decisiones informadas sobre su cobertura. Ya sea que esté comparando planes médicos o aprendiendo a usar su HSA, todo lo que necesita está en un solo lugar: disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana, en su teléfono, tableta o computadora.



INSCRIPCIÓN ABIERTA: ¡MANOS A LA OBRA!

Del 10 al 21 de noviembre de 2025

Esta es una inscripción pasiva. Si no se inscribe en los beneficios para 2026, la mayoría de sus beneficios de 2025 se mantendrán automáticamente. Sin embargo, debe volver a elegir de forma activa sus aportes a la HSA o FSA cada año si desea continuar participando.

No podrá hacer cambios en sus beneficios después del período de Inscripción Abierta, a menos que tenga un evento de vida habilitante (QLE).

EVENTOS DE VIDA HABILITANTES

Solo puede actualizar sus elecciones de beneficios a mitad de año si tiene un evento de vida habilitante, como:

- Matrimonio, divorcio o separación legal
- Nacimiento, adopción o tutela de un niño
- Cambio en la situación laboral de usted o su cónyuge
- La Inscripción Abierta en el plan de su cónyuge ofrecido a través de su empleador



Importante

Si tiene un QLE y necesita hacer un cambio antes del próximo período de Inscripción Abierta, debe presentar la documentación requerida DENTRO DE LOS 30 DÍAS posteriores al evento.

Comuníquese con el área de RR. HH. de Weitz para obtener ayuda para iniciar un cambio.

CÓMO INSCRIBIRSE

Puede inscribirse en los beneficios en línea o a través del Centro de Atención Telefónica de Beneficios al 866-738-2023. Durante el período de Inscripción Abierta, podrá:

- Revisar sus elecciones de beneficios actuales.
- Conocer las actualizaciones del plan.
- Agregar o eliminar dependientes.
- Hacer nuevas elecciones para 2026.

INSCRÍBASE EN LÍNEA

Siga estos pasos para inscribirse en línea:

1. Vaya a partners.benselect.com/epipower.
2. Para iniciar sesión, ingrese su número de Seguro Social completo como nombre de usuario.
3. Utilice los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social + los últimos dos dígitos de su año de nacimiento como contraseña. (Ejemplo: 123495).
4. Después de iniciar sesión, siga las indicaciones para seleccionar y confirmar sus beneficios.
5. Se le volverá a pedir el PIN/contraseña: asegúrese de ingresarlo de nuevo, presione Entrar y recibirá un correo electrónico de confirmación.

CUÁNDO INSCRIBIRSE

Debe inscribirse dentro de los 30 días siguientes a su fecha de contratación. De esta manera, la cobertura comenzará el primer día del mes después de 60 días de empleo. Puede inscribirse en línea o por teléfono a través del Centro de Atención Telefónica de Beneficios.

Por ejemplo:

Si su fecha de contratación es el 27 de julio de 2026, tiene hasta el 27 de agosto de 2026 para inscribirse. Su cobertura comenzaría el 1 de octubre de 2026. ¿Necesita ayuda? Los asesores de beneficios están disponibles a través del Centro de Atención Telefónica para explicarle sus opciones y asegurarse de que su inscripción esté completa. También puede inscribirse durante el período anual de Inscripción Abierta en otoño. Las elecciones realizadas durante el período de Inscripción Abierta entran en vigencia el 1 de enero de 2026.

¿Preguntas? Comuníquese con su coordinador local de Recursos Humanos o envíe un correo electrónico a WeitzHR@weitz.com.

¿QUIÉN ES ELEGIBLE?

Usted puede inscribirse en el programa de beneficios de EPI Power si es un empleado regular a tiempo completo o parcial y tiene un horario de trabajo de al menos 20 horas semanales. Sus beneficios comienzan el primer día del mes después de 60 días de empleo.

Dependientes elegibles

Puede inscribir a los siguientes miembros de la familia en sus beneficios:

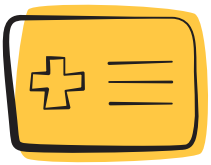
- Su cónyuge legal (*sujeto a la disposición sobre el cónyuge que trabaja: consulte la página 5 para obtener más detalles*)
- Sus hijos hasta los 26 años, incluidos:
  - Hijos biológicos
  - Hijastros
  - Hijos adoptados legalmente
  - Niños que están bajo su tutela legal
- Hijos mayores de 26 años si no están casados, están completamente incapacitados y son declarados como dependientes en su declaración de impuestos federales *(se puede solicitar documentación relacionada con la discapacidad)*

ELIJA SU PLAN MÉDICO

EPI Power ofrece tres planes médicos a través de Wellmark Blue Cross Blue Shield, que proporcionan cobertura nacional a través de la red PPO de Alliance Select.

Puede usar cualquier proveedor que elija, pero pagará menos cuando use proveedores dentro de la red. Estos proveedores han aceptado tarifas con descuento, lo que significa que usted tendrá gastos de bolsillo más bajos. Si usa un proveedor fuera de la red, se le puede facturar la diferencia entre lo que cobra el proveedor y lo que el plan considera razonable y habitual.

Para encontrar un proveedor dentro de la red, visite wellmark.com y busque dentro de la red de Alliance Select.



ENTIENDA SUS OPCIONES DE PLANES MÉDICOS

Los tres planes cubren la atención preventiva al 100% dentro de la red. Diferencias:

Plan 1: Plan PPO de $1,500

- Un plan tradicional con copagos para consultas médicas y medicamentos recetados.
- No es necesario alcanzar su deducible antes de usar estos copagos.
- Cada miembro de la familia tiene un deducible individual y un gasto máximo de bolsillo.
- Incluye un gasto máximo de bolsillo adicional para medicamentos recetados:
  - $2,850 (individual)/$5,700 (familiar)

Plan 2: Plan HDHP de $3,000

- Un plan de salud con deducible alto (HDHP) elegible para una HSA.
- Sin copagos: todos los gastos se aplican al deducible y al máximo de bolsillo.
- Todos los gastos familiares cuentan para el deducible familiar, independientemente de quién incurra en ellos.
- Una vez que alcance el deducible, el plan cubre el 100% de los gastos elegibles dentro de la red. Como el deducible y el máximo de bolsillo son iguales, no pagará nada más después de alcanzar el deducible.

Plan 3: Plan PPO de $5,000

- Otro plan tradicional con copagos y un deducible más alto.
- La misma estructura que el plan PPO de $1,500, pero con primas más bajas.
- Pagará más de su bolsillo antes de que la cobertura comience a cubrir los gastos, pero las deducciones de su cheque de pago serán más bajas.

Disposición sobre cónyuges que trabajan

Si su cónyuge tiene acceso a una cobertura de salud asequible a través de su propio empleador y trabaja a tiempo completo, no puede inscribirse en el plan médico de Weitz. Sin embargo, puede inscribirse en los planes dentales y para la vista de Weitz. Además, sus hijos pueden permanecer inscritos en el plan médico.

Regístrese en línea

Obtenga una excelente atención médica con solo hacer un clic. Regístrese para crear una cuenta en línea en wellmark.com. De esta manera, podrá acceder a herramientas que ahorran tiempo y consejos para tener una vida saludable, elegir un médico, administrar sus explicaciones de beneficios, y mucho más. Nota: Después de inscribirse, es posible que deba esperar dos semanas para que su cuenta de Wellmark sea activada.

Descargue la aplicación móvil

Con la **aplicación móvil Wellmark**, tiene las herramientas que necesita para gestionar su atención médica, todo desde su teléfono inteligente. La aplicación móvil está disponible en las tiendas Apple y Google Play.

Available on the App Store

GET IT ON Google Play

COMPARACIÓN DE PLANES MÉDICOS

WELLMARK BLUE CROSS BLUE SHIELD

	PLAN PPO DE $1,500	PLAN HDHP DE $3,000	PLAN PPO DE $5,000
BENEFICIOS DENTRO DE LA RED			
DEDUCIBLE ANUAL			
Individual	$1,500 integrado	$3,000 no integrado	$5,000 integrado
Familia	$3,000	$6,000	$10,000
MÁXIMO DE GASTOS DE BOLSILLO (OOP)			
Individual	$4,000	$3,000	$6,850
Familia	$8,000	$6,000	$13,700
ASPECTOS DESTACADOS DE LOS BENEFICIOS			
Consultas virtuales a través de Doctor On Demand (incluida la salud mental)	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago
Atención preventiva	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%
Médico de atención primaria/quiropráctico	$25 de copago	Deducible	$20 de copago
Especialista	$50 de copago	Deducible	$20 de copago
Sala de emergencias	Deducible, luego el 20%	Deducible	Deducible, luego el 50%
Atención de pacientes hospitalizados	Deducible, luego el 20%	Deducible	Deducible, luego el 50%
Atención de pacientes ambulatorios	Deducible, luego el 20%	Deducible	Deducible, luego el 50%
Atención de urgencia	$25 de copago	Deducible	$20 de copago
Cirugía ambulatoria	Deducible, luego el 20%	Deducible	Deducible, luego el 50%
Laboratorio, radiografía (paciente ambulatorio)	Deducible, luego el 20%	Deducible	Deducible, luego el 50%
BENEFICIOS FUERA DE LA RED			
Deducible (individual/familiar)	$1,500/$3,000	$3,000/$6,000	$6,850/$13,700
Coseguro del miembro	30%	0%	60%
Máximo de OOP (individual/familiar)	$4,000/$8,000	$3,000/$6,000	$10,000/$20,000
TARIFAS: POR PERÍODO DE PAGO (SEMANAL)	BIENESTAR/NO BIENESTAR	BIENESTAR/NO BIENESTAR	BIENESTAR/NO BIENESTAR
Solo empleado	$56.00/$67.00	$26.00/$30.00	$15.00/$18.00
Empleado/cónyuge	$123.00/$147.00	$59.00/$70.00	$32.00/$38.00
Empleado/hijo(s)	$105.00/$125.00	$51.00/$61.00	$28.00/$34.00
Familia	$184.00/$219.00	$88.00/$105.00	$47.00/$55.00

Tenga en cuenta que: Si bien los planes médicos no exigen una derivación para ver a un especialista, el especialista puede solicitar una derivación de un médico de atención primaria.
Tenga en cuenta que: Si usa un proveedor fuera de la red, el costo puede ser más alto y el proveedor puede pedirle que pague la tarifa real por su atención en el momento de la consulta.

Deducibles integrados en comparación con los deducibles no integrados

- **Deducible integrado (planes PPO):** Cada miembro de la familia tiene su propio deducible. Una vez que una persona alcanza su deducible, el plan comienza a pagar beneficios para esa persona, incluso si no se ha alcanzado el deducible familiar completo.
- **Deducible no integrado (plan HDHP):** Solo hay un deducible familiar. El plan comienza a pagar beneficios para los miembros de la familia solo cuando se haya alcanzado el deducible familiar completo.

Esta distinción es importante al momento de comparar la rapidez con la que comienzan los beneficios para una persona en comparación con toda la familia.



FARMACIA

CVS/CAREMARK

BENEFICIOS DE FARMACIA				
DEDUCIBLE ANUAL		Plan PPO de $1,500	Plan HDHP de $3,000	Plan PPO de $5,000
Máximo de OOP de farmacia		$2,850 individual $5,700 Familiar	Se combina con beneficios médicos	Se combina con beneficios médicos
Suministro para 30 días al por menor	Nivel 1	$15	Deducible	$15
	Nivel 2	$35	Deducible	Deducible, 50% de coseguro
	Nivel 3	$60	Deducible	Deducible, 50% de coseguro
	Especializado	20% de coseguro	Deducible	Deducible, 50% de coseguro
Suministro para 90 días a través del pedido por correo	Nivel 1	$30	Deducible	$45
	Nivel 2	$70	Deducible	Deducible, 50% de coseguro
	Nivel 3	$180	Deducible	Deducible, 50% de coseguro

Entrega a domicilio con FastStart

La entrega a domicilio es una opción cómoda, económica y segura para los medicamentos que toma regularmente. Asegúrese de tener su tarjeta de identificación a mano.

1. Llame al 866-611-5961 para inscribirse en FastStart.
2. Visite www.caremark.com y seleccione **Registrarse ahora**.
3. Cree una nueva identificación de usuario única.
4. Seleccione **Iniciar servicio por correo** en la **pestaña Medicamentos recetados** en su portal.
5. Envíe su nueva receta para 90 días. Seleccione **Solicitar nueva receta** y complete la información requerida para que CVS pueda comunicarse con su médico.
6. También puede llamar al servicio al cliente para obtener asistencia.

Programa de medicamentos con receta especializados

Si usted tiene una afección crónica y toma medicamentos especializados, debe comprarlos en una farmacia especializada designada que tenga los mejores precios disponibles y brinde apoyo adicional. Si tiene una receta que cumple con este requisito, BCBS se pondrá en contacto con usted y le proporcionará la información necesaria para surtir su receta.

Conforme lo establece BCBS, PrudentRx se pondrá en contacto para coordinar su medicamento con receta especializado. PrudentRx ofrece un programa de asistencia de copago de terceros (fabricantes) que puede ayudarle a ahorrar dinero en sus medicamentos especializados.

Si no se inscribe en el programa, deberá pagar un coseguro del 30% y no contará para su máximo de gastos de bolsillo.



ATENCIÓN MÉDICA A DISTANCIA (TELEHEALTH)

ATENCIÓN CUANDO LA NECESITA

Evite la sala de espera y vea a un médico desde la comodidad de su hogar, sea de día o de noche. **Doctor On Demand** ofrece acceso las 24 horas del día, los 7 días de la semana, a médicos certificados y con licencia a través de consultas virtuales seguras. Cuando utiliza Doctor On Demand, paga **$0 de copago en todos los planes médicos.**

PARA QUÉ PUEDE USARLA:

La atención médica a distancia es ideal para tratar afecciones comunes que no son de emergencia, como:

- Síntomas de resfriado y gripe
- Infecciones de los senos paranasales
- Alergias
- Sarpullidos y afecciones de la piel
- Infecciones del tracto urinario
- Conjuntivitis
- Dolores de cabeza, dolor articular y más
- Problemas de salud mental, como el estrés, la ansiedad y la depresión

Los médicos también pueden recetar medicamentos u ofrecer resurtidos a corto plazo y enviarlos directamente a una farmacia cercana.

¿POR QUÉ USAR LA ATENCIÓN MÉDICA A DISTANCIA?

- **Comodidad:** Está disponible en cualquier momento, incluidos los fines de semana y feriados.
- **Asequibilidad:** Sin gastos de bolsillo, en comparación con la atención de urgencia o las visitas a la sala de emergencias.
- **Rapidez:** Evite el viaje y reciba atención en cuestión de minutos.

	PLAN PPO DE $1,500	PLAN HDHP DE $3,000	PLAN PPO DE $5,000
Visitas virtuales	$0 de copago	$0 de copago	$0 de copago



Comience

1. Descargue la aplicación **Doctor On Demand** o visite doctorondemand.com.
2. Tenga su **identificación de miembro de Wellmark BCBS** a mano.
3. Cree una cuenta e inicie sesión.
4. ¿Preguntas? Llame al **800-997-6196** en cualquier momento.

CUENTA DE AHORROS PARA LA SALUD

ADMINISTRADA POR HEALTHEQUITY

Si se inscribe en el plan HDHP de $3,000, puede abrir y aportar a una **(HSA)**. Esta cuenta le permite reservar dinero **libre de impuestos** para pagar gastos permitidos de atención médica.

¿PARA QUÉ PUEDE USARLA?

Puede usar los fondos de la HSA para pagar:

- Consultas médicas, medicamentos recetados y facturas hospitalarias
- Gastos dentales y de visión
- Deducibles, copagos y coseguros

BENEFICIOS CLAVE

- **Triple ahorro fiscal:** Los aportes están libres de impuestos, las ganancias crecen libres de impuestos y los retiros están libres de impuestos cuando se utilizan para gastos permitidos.
- **Primas más bajas** con el plan HDHP.
- **Los fondos se acumulan** de un año al otro: No debe "usarlo o perderlo".
- **Portátil:** Usted se queda con el dinero aunque cambie de trabajo o se jubile.
- **Acceso sin recargos después de los 65 años** (para cualquier propósito, aunque los gastos no médicos se gravan como ingresos).

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD

Usted:

- Debe estar inscrito en el plan HDHP de $3,000.
- No debe estar cubierto por un plan médico que no sea de HDHP (incluido el plan del cónyuge).
- No debe estar inscrito en Medicare, Medicaid, Tricare ni en una FSA tradicional para el cuidado de la salud.
- No debe ser declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona.
- No debe haber utilizado los servicios de la Administración de Veteranos (VA), excepto la atención preventiva, en los últimos tres meses.

* El aporte de la compañía a su HSA será prorrateado por período de pago. Un cargo administrativo mensual de $2.50 se pagará a HealthEquity con el dinero aportado por la compañía.

¿CUÁNTO PUEDO APORTAR A UNA HSA?

- Cobertura para el empleado: $4,400 por año calendario
- Cobertura para el empleado más dependientes: $8,750
- Si tiene 55 años o más, puede hacer un aporte de nivelación anual adicional de $1,000.



¿Necesita ayuda para entender su HSA o abrir una cuenta? Visite myhealthequity.com o llame al **866-889-8583**.

CUENTAS DE GASTOS FLEXIBLES

ADMINISTRADA POR HEALTHEQUITY

Las cuentas de gastos flexibles (FSA) le ayudan a ahorrar en gastos de atención médica y cuidado de dependientes con **dinero antes de impuestos**. Eso significa que usted reduce su ingreso imponible y ahorra más dinero de su cheque de pago.

FSA PARA EL CUIDADO DE LA SALUD

Use esta cuenta para pagar los gastos médicos, dentales y de la visión elegibles de su bolsillo, como:

- Copagos, deducibles y coseguros
- Recetas
- Anteojos, lentes de contacto, limpiezas dentales y más

Límite de aporte de 2026: $3,400

FSA PARA CUIDADO DE DEPENDIENTES

Para que usted y su cónyuge puedan trabajar, buscar trabajo o estudiar a tiempo completo, use esta cuenta para pagar los gastos permitidos del cuidado de niños o ancianos. Entre los gastos elegibles se incluyen:

- Guardería, preescolar, cuidado antes y después de la escuela
- Campamentos diurnos de verano
- Cuidado en el hogar o guardería para adultos para cuidar a un anciano dependiente

Límites de aporte de 2026:

- Hasta $5,000 por familia
- $2,500 si está casado y presenta declaración de impuestos por separado

Nota: Los fondos están disponibles solo cuando son depositados, a diferencia de la FSA para el cuidado de la salud, que permite acceder a todo el monto elegido por adelantado.

¿Quién puede inscribirse?

- No necesita estar inscrito en un plan médico de EPI Power para participar.
- Si está inscrito en un plan PPO tradicional (de $1,500 o $5,000), puede elegir una FSA para el cuidado de la salud de propósito completo.
- Si está inscrito en el plan HDHP de $3,000, solo es elegible para una FSA de propósito limitado (solo para gastos de atención dental y de la vista).

Importante: Los fondos de las FSA "se usan o se pierden". Los fondos no utilizados se perderán al final del año. Tendrá hasta el 30 de marzo de 2026 para solicitar un reembolso por los gastos incurridos en 2025.

Si renuncia a mitad de año y ha aportado más a su FSA de lo que ha gastado, podrá elegir la cobertura de COBRA para su FSA.



Gastos elegibles

Para conocer la lista completa de gastos elegibles, visite:

- Publicación 502 del IRS (gastos médicos) [irs.gov/pub/irs-pdf/p502.pdf]
- Publicación 503 del IRS (gastos de cuidado de dependientes) [irs.gov/pub/irs-pdf/p503.pdf]
- Herramienta de gastos permitidos de HealthEquity [healthequity.com/hsa-qme]

¿Necesita ayuda? Visite myhealthequity.com o llame al **866-889-8583**.



PLAN DENTAL

DELTA DENTAL

Busque un proveedor:

deltadental.com/us/en/member/find-a-dentist.html

Además de proteger su sonrisa, el seguro dental le ayuda a pagar la atención dental e incluye controles regulares, limpiezas y radiografías. Al recibir atención dental regular, usted y su familia pueden evitar pagar costos altos por enfermedades y cirugías bucodentales.

Se ofrece cobertura dental para servicios básicos y de alta complejidad. El plan dental también incluye una cobertura del 100% para atención preventiva.

El plan dental tiene una opción de red doble. La red PPO de Delta Dental ofrece a los empleados los costos de bolsillo más bajos. Más del 45 por ciento de los dentistas del país participan en la red PPO.

La red Premier es la red dental más grande del país, ya que más del 80% de todos los dentistas del país participan. La red Premier le brinda un mayor acceso mientras mantiene sus costos de bolsillo bajos.

CARACTERÍSTICAS DEL PLAN DENTRO DE LA RED	PPO	PREMIER
Deducible anual (individual)	$25	$50
Deducible anual (familiar)	$75	$150
Máximo anual	$1,000	$1,000
Atención preventiva	Sin deducible, cubierto al 100%	Sin deducible, cubierto al 100%
Servicios básicos	Deducible, 10% de coseguro	Deducible, 20% de coseguro
Servicios mayores	Deducible, 50% de coseguro	Deducible, 50% de coseguro
Servicios de ortodoncia	$1,000 de por vida para ortodoncia	
TARIFAS POR PERÍODO DE PAGO	**POR SEMANA**	
Empleado	$2.50	
Empleado y cónyuge	$4.50	
Empleado e hijos	$4.75	
Familia	$6.50	

Este plan dental incluye un beneficio de To Go Benefit, que le permite transferir una parte de su máximo anual no utilizado de un año al otro. Su beneficio anual máximo nunca será superior a dos veces el máximo del beneficio anual. Para recibir el beneficio de To Go Benefit, debe hacer un reclamo durante el año calendario.



PLAN PARA LA VISTA

VSP

Busque un proveedor:
vsp.com

Conducir al trabajo, leer las noticias y ver televisión son actividades que probablemente hace todos los días. Sin embargo, su capacidad para hacer todo esto depende de su salud visual y ocular. El seguro de la vista puede ayudarle a cuidar su visión, así como detectar varios problemas de salud.

Su seguro de la vista es proporcionado por VSP y le da derecho a beneficios específicos de atención ocular. Nuestra póliza cubre exámenes oculares de rutina y otros procedimientos y especifica montos de dinero o proporciona descuentos para la compra de anteojos y lentes de contacto.

No le enviarán una tarjeta de identificación para los beneficios. Deberá proporcionar su número de Seguro Social al proveedor para verificar los beneficios.

	DENTRO DE LA RED	FUERA DE LA RED
VISITA AL CONSULTORIO		
Examen de la vista de rutina	$20 de copago	Con reembolso, hasta $50
CRISTALES DE ANTEOJOS, MATERIALES Y MARCOS		
Lentes monofocales	Pagados en su totalidad después del copago de $35	Con reembolso, hasta $50
Lentes bifocales estándar con línea	Pagados en su totalidad después del copago	Con reembolso, hasta $75
Lentes trifocales estándar	Pagados en su totalidad después del copago	Con reembolso, hasta $100
Lenticulares	Pagados en su totalidad después del copago	Con reembolso, hasta $125
Marcos	Plan paga $200 después del copago	Con reembolso, hasta $70
Tratamiento antirrayas	$0 de copago	Los miembros pagan el 100% del costo
Lentes de contacto Optativos Médicamente necesarios	 Asignación de $130 Pagados en su totalidad después del copago	 Con reembolso, hasta $105 Con reembolso, hasta $210
FRECUENCIA DE LOS SERVICIOS		
Examen integral de la vista	Cada 12 meses	
Lentes	Cada 12 meses	
Marcos	Cada 24 meses	
Lentes de contacto	Cada 12 meses	
TARIFAS POR PERÍODO DE PAGO	**POR SEMANA**	
Empleado	$1.00	
Empleado y cónyuge	$2.00	
Empleado e hijos	$1.50	
Familia	$2.50	

AHORROS EXCLUSIVOS PARA MIEMBROS

- El 30% de ahorro en pares adicionales ilimitados de anteojos/gafas de sol con o sin receta (el mismo día, el mismo proveedor que su examen WellVision).
- Descuento de aproximadamente el 15% para corrección de la vista con láser en las instalaciones contratadas.
- Acceso a Eyeconic®, la tienda minorista en línea preferida de VSP para anteojos, gafas de sol y lentes de contacto.

Importante:
Puede elegir anteojos o lentes de contacto durante un mismo período de beneficios, pero no ambos.

SEGURO DE VIDA

MUTUAL OF OMAHA

SEGURO BÁSICO DE VIDA Y POR AD&D

El plan del seguro básico de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) proporciona un beneficio en caso de muerte, desmembramiento o parálisis. Este beneficio está patrocinado por EPI Power, por lo que será inscrito automáticamente sin costo alguno para usted. Su cobertura será **un beneficio fijo de $20,000.**

SEGURO DE VIDA COMPLEMENTARIO

Puede adquirir un seguro de vida adicional a tarifas grupales:

- Puede elegir entre $10,000 y $500,000 como máximo en incrementos de $10,000, o cinco veces sus ingresos. Puede elegir hasta $250,000 en su inscripción como empleado nuevo sin tener que pasar por la determinación de elegibilidad médica.
- Usted paga el costo total de este plan, y el monto deducido depende de la edad del empleado y el monto de cobertura elegida.
- Si no elige esta cobertura al ser elegible por primera vez, está sujeto a la determinación de elegibilidad médica por parte de la compañía de seguros.
- Ingrese a Benselect para conocer las tarifas.
- Los beneficios se reducirán al 65% del valor nominal a los 65 años, al 50% del valor nominal a los 70 años y al 35% del valor nominal a los 75 años.

Emisión garantizada y constancia de asegurabilidad

Los empleados y cónyuges que eligen la cobertura del seguro de vida y por AD&D voluntario cuando son elegibles por primera vez pueden elegir hasta el monto de emisión garantizada (GI) sin presentar constancia de asegurabilidad (EOI). Si el monto solicitado es superior al monto de GI, tendrá que proporcionar EOI antes de que el monto superior al monto de GI entre en vigor.

Ingresos imputados

Conforme a las leyes tributarias actuales, el ingreso imputado es el valor de su seguro de vida básico que excede $50,000 y está sujeto al Seguro Social y los impuestos federales y estatales sobre la renta, si corresponde. Este monto de ingresos imputados se incluirá en su cheque de pago y se mostrará en su declaración del formulario W-2.

Asegúrese de que su beneficiario esté actualizado en Benselect.

SEGURO DE VIDA PARA CÓNYUGE E HIJOS

También puede adquirir un seguro de vida adicional para dependientes a tarifas grupales:

- El seguro de vida para el cónyuge está disponible en incrementos de $5,000 hasta un máximo de $250,000 (o el 50% de la elección del empleado).
- Por ser empleado nuevo, puede elegir hasta $50,000 sin determinación de elegibilidad médica.
- El beneficio para el cónyuge se reducirá al 65% del valor nominal a los 65 años, al 50% del valor nominal a los 70 años y al 35% del valor nominal a los 75 años.
- El seguro de vida para hijos está disponible desde el nacimiento hasta los 26 años de edad y es un monto fijo de $10,000.
- Los hijos no están sujetos a la determinación de elegibilidad médica.
  - El costo sigue siendo el mismo, independientemente de la cantidad de hijos que tenga.



BENEFICIOS VOLUNTARIOS

MUTUAL OF OMAHA

COBERTURA POR DISCAPACIDAD A CORTO PLAZO (STD)

El plan voluntario de STD ofrece a los empleados de tiempo completo un reemplazo de sus ingresos mientras estén incapacitados y no puedan trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo, incluido el embarazo.

Cuando adquiere una discapacidad, debe esperar un período de tiempo antes de que los beneficios sean pagados. Cuando comiencen los pagos de beneficios, recibirá el 60% de sus ingresos semanales, hasta un máximo de $700 por semana.

Para discapacidades causadas por lesiones accidentales y enfermedades, deberá esperar 7 días, lo que significa que los beneficios se pagarán a partir del octavo día.

Podrá recibir pagos por discapacidad a corto plazo durante 26 semanas como máximo, o siempre y cuando cumpla con la definición de discapacidad (el período más corto).

EDAD	TARIFA SEMANAL POR $10 DEL BENEFICIO SEMANAL: PERÍODO DE ESPERA DE 7 DÍAS
Menos de 50 años	$0.67
Entre 51 y 59 años	$0.93
Más de 60 años	$1.48

Las tarifas se calculan en función de la edad actual del empleado en la fecha de entrada en vigencia del plan y se ajustan una vez al año el 1 de enero. La tarifa que se muestra refleja la prima por $10 del beneficio semanal cubierto.



La cobertura voluntaria de STD es de emisión garantizada, lo que significa que no tiene que responder preguntas médicas para ser aprobado para obtener la cobertura.

Existe una exclusión de condición preexistente que se aplica si usted queda incapacitado durante los primeros 12 meses después de la fecha de entrada en vigencia de su cobertura. Una condición preexistente es cualquier condición por la cual usted ha tomado alguna de las siguientes medidas en cualquier momento durante los 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de entrada en vigencia de su cobertura (ya sea que la condición esté diagnosticada, no diagnosticada o mal diagnosticada):

- Recibió tratamiento médico o hizo una consulta.
- Tomó o le recetaron medicamentos.
- Recibió atención o servicios, incluidas medidas de diagnóstico.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

MUTUAL OF OMAHA

SEGURO DE INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA

El seguro de indemnización hospitalaria está diseñado para pagar los costos de un ingreso hospitalario. El plan cubre a los empleados que son ingresados a un hospital por una enfermedad o lesión cubierta. Aunque su seguro médico cubra la mayor parte de su hospitalización, igualmente puede recibir pagos de su plan de seguro de indemnización hospitalaria para cubrir los gastos adicionales mientras se recupera.

¿Cómo funciona el seguro de indemnización hospitalaria?

Cuando usted o un familiar cubierto es hospitalizado, este plan le paga un beneficio en efectivo directamente a usted. Puede usar el dinero como ayuda para pagar las facturas médicas o los gastos diarios mientras se recupera.

Incluye lo siguiente:

- **Beneficio de ingreso a la unidad de cuidados intensivos:** $2,000 (se paga una vez por ingreso a la unidad de cuidados intensivos)
- **Beneficio de ingreso regular:** $1,000
- **Beneficio de estadía hospitalaria diaria:** $100 por cada día que esté hospitalizado
- **Beneficio de estadía diaria en la unidad de cuidados intensivos:** $200 por cada día que esté en la unidad de cuidados intensivos
- **Beneficio de guardería para recién nacidos:** $75 por día, hasta 2 días por año de la póliza
- **Beneficio de examen de salud:** $50 por persona cubierta, una vez al año (hasta 6 por familia)

La póliza es portátil, lo cual significa que usted puede mantener su cobertura si deja el empleo.

TARIFAS POR PERÍODO DE PAGO	POR SEMANA
Empleado	$3.17
Empleado y cónyuge	$7.70
Empleado e hijos	$6.32
Familia	$10.84

Para obtener más información, consulte los resúmenes del plan que se publican en EPIPowerBenefits.com.



BENEFICIOS VOLUNTARIOS

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

El seguro contra accidentes paga en función de un programa de beneficios si usted sufre una lesión debido a un accidente, incluso si las lesiones sufridas no le impiden trabajar. Mientras las compañías de seguros médicos pagan a su proveedor o centro de atención, el seguro contra accidentes le paga directamente a usted.

¿Cómo funciona el seguro contra accidentes?

Las pólizas del seguro contra accidentes pueden pagarle una suma global directamente a usted para ayudarle a pagar una amplia variedad de gastos, incluida la atención inicial, la cirugía, el transporte y alojamiento, y la atención de seguimiento. Así es como funciona:

- Se paga un monto establecido según la lesión que sufre y el tratamiento que recibe.
- Los beneficios se pagan directamente a usted (a menos que especifique lo contrario) y se pueden utilizar como considere conveniente.
- También se incluye un beneficio por muerte accidental y desmembramiento.
- La cobertura está disponible para usted, su cónyuge e hijos dependientes elegibles.
- No tiene que responder preguntas médicas ni hacerse un examen físico para obtener la cobertura básica.
- Los pagos de beneficios no sufren reducciones por otro seguro que pueda tener con otras compañías.
- La cobertura es portátil en caso de renunciar a su empleo.

Los gastos cubiertos suelen incluir lo siguiente:

- Visitas a urgencias
- Hospitalizaciones
- Fracturas y dislocaciones.
- Exámenes médicos
- Fisioterapia
- Transporte y alojamiento

Beneficio de bienestar

- Este plan contiene un beneficio anual de bienestar de $50. Hágase un examen de salud elegible y recibirá un pago de $50.

TARIFAS POR PERÍODO DE PAGO	POR SEMANA
Empleado	$2.03
Empleado y cónyuge	$2.88
Empleado e hijos	$4.18
Familia	$5.03

Para obtener más información, consulte los resúmenes del plan que se publican en EPIPowerBenefits.com.

BENEFICIOS VOLUNTARIOS

SEGURO DE ENFERMEDADES CRÍTICAS

Si bien el seguro médico es esencial, no cubre todo. Si sufre una enfermedad crítica, como cáncer, accidente cerebrovascular o ataque cardíaco, usted seguirá sujeto al deducible correspondiente, los montos del coseguro y el máximo de gastos de bolsillo (OOP). El seguro de enfermedades críticas aliviará la presión financiera y lo ayudará a centrarse en su recuperación.

¿Cómo se paga un reclamo de enfermedad crítica?

El pago se efectúa directamente a usted, en lugar de a un proveedor médico. Usted puede utilizar el dinero para lo que quiera. Puede comprar un beneficio de $10,000, $20,000 o $30,000. La cobertura también está disponible para los cónyuges e hijos dependientes (hasta $10,000). Los hijos son elegibles desde el nacimiento hasta los 26 años, sin límite en la cantidad de hijos por familia.

Los gastos cubiertos incluyen lo siguiente:

- Ataque cardíaco y accidente cerebrovascular
- Cáncer
- Diabetes tipo 1
- Quemaduras graves
- Parálisis y pérdida de la vista, la audición o el habla
- Insuficiencia renal
- Bypass coronario
- Esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, enfermedad de Parkinson, Alzheimer y Huntington

Consulte el resumen de beneficios para obtener una lista completa de las enfermedades cubiertas.

Beneficio de bienestar

- Este plan contiene un beneficio anual de bienestar de $50. Hágase un examen de salud elegible y recibirá un pago de $50.

Para obtener más información, consulte los resúmenes del plan que se publican en EPIPowerBenefits.com.

EMPLEADO Y CÓNYUGE: TARIFAS POR PERÍODO DE PAGO			
Edad	$10,000	$20,000	$30,000
Menos de 25 años	$0.88	$1.75	$2.63
Entre 25 y 29 años	$0.95	$1.89	$2.84
Entre 30 y 34 años	$1.13	$2.26	$3.39
Entre 35 y 39 años	$1.43	$2.86	$4.29
Entre 40 y 44 años	$2.22	$4.43	$6.65
Entre 45 y 49 años	$3.00	$6.00	$9.00
Entre 50 y 54 años	$4.13	$8.26	$12.39
Entre 55 y 59 años	$5.61	$11.22	$16.82
Entre 60 y 64 años	$6.72	$13.43	$20.15
Entre 65 y 69 años	$8.82	$17.63	$26.45
Más de 70 años	$12.14	$24.28	$36.42

El seguro para hijos es automático y no requiere una prima separada.



PROGRAMA DE ASISTENCIA AL EMPLEADO (EAP)

PROPORCIONADO POR SUPPORTLINC | DISPONIBLE 24/7 | CONFIDENCIAL Y GRATIS

La vida puede ser complicada, pero no hay que transitarla solo. El EAP, proporcionado por SupportLinc, está disponible para ayudarle a usted y a su familia a manejar las dificultades personales, laborales y de la vida.

Este beneficio es completamente confidencial y está disponible sin costo alguno para usted y sus familiares directos.

Obtenga ayuda con solo hacer una llamada o un clic

Puede acceder a profesionales con licencia y recursos útiles para:

- Bienestar emocional (estrés, ansiedad, depresión, duelo)
- Equilibrio entre el trabajo y la vida personal (gestión del tiempo, agotamiento, preocupaciones sobre el regreso al trabajo)
- Familia y relaciones
- Asesoramiento financiero y consultas legales
- Apoyo para el consumo de sustancias y recursos para la recuperación

Aplicación SupportLinc EAP

supportlinc.com/mobile

Available on the App Store

GET IT ON Google Play

Comience en cualquier momento

- **Por teléfono:** 888-881-5462
- **Visite:** supportlinc.com
- **Código de la compañía:** *epi* (si se solicita)

El EAP está disponible las 24 horas del día, los 365 días del año.

Ya sea que esté pasando por un momento difícil o simplemente quiera hablar con alguien, SupportLinc está disponible para ayudarle, con soluciones reales y apoyo real.



PLAN PARA EL FUTURO: PLAN DE JUBILACIÓN 401(K)

PROPORCIONADO POR PRINCIPAL®

EPI Power se compromete a ayudarle a construir seguridad financiera a largo plazo. Por eso, ofrecemos un plan de jubilación 401(k) con inscripción automática, aportes paralelos de la compañía y opciones flexibles de inversión.

INSCRIPCIÓN

Usted puede participar desde su primer día de empleo si es un empleado permanente de un empleador patrocinador. Será inscrito automáticamente después de 30 días de empleo a una tasa de aporte antes de impuestos del 8%, a menos que elija un monto diferente o elija no participar.

APORTES

- Aporte hasta el 80% de su salario elegible (sujeto a los límites anuales del IRS).
- Puede elegir hacer aportes antes de impuestos, después de impuestos (Roth) o una combinación de ambos.
- Si tiene 50 años o más, puede hacer aportes de nivelación.

Su tasa de aporte aumentará automáticamente un 1% cada 1 de abril, hasta alcanzar un máximo del 12%, a menos que realice cambios.

APORTES EQUIVALENTES DE LA COMPAÑÍA

EPI Power le ayuda a ahorrar más dinero al hacer aportes que igualen el 50% del primer 8% que usted aporte.

- Los aportes equivalentes se hacen en cada período de pago cuando usted aporta.
- Estos aportes de la compañía representan un 4% como máximo de su aporte.

CRONOGRAMA DE ADQUISICIÓN DE DERECHOS (SOLO LOS APORTES DE LA COMPAÑÍA)

Años de servicio	Porcentaje adquirido
Menos de 2 años	0%
2 años	50%
3 años	100%

Usted siempre tiene derechos adquiridos sobre el 100% de sus propios aportes y de las ganancias que generan.

OPCIONES DE INVERSIÓN

A menos que elija lo contrario, sus aportes se destinarán a un fondo de inversión Blend de Fidelity Freedom con fecha de vencimiento según su edad y año de jubilación esperado. Puede cambiar sus inversiones en cualquier momento en principal.com.

TOME EL CONTROL DE SU JUBILACIÓN

- Inicie sesión o regístrese en: principal.com/Welcome
- Descargue la aplicación: Busque “Principal” en Apple App Store o Google Play.

¿Preguntas?

Visite principal.com o llame a Principal® al 800-547-7754. Los especialistas en jubilación están disponibles de lunes a viernes, de 7:00 a. m. a 9:00 p. m. (hora del centro).



¿CUÁNTO VOY A PAGAR?

APORTES DEL PLAN

POR PERÍODO DE PAGO (SEMANAL)

Sus primas médicas se basan en el plan que elija, su nivel de cobertura y si califica o no para recibir el descuento de bienestar.

MÉDICA	PLAN PPO DE $1,500 BIENESTAR/NO BIENESTAR	PLAN HDHP DE $3,000 BIENESTAR/NO BIENESTAR	PLAN PPO DE $5,000 BIENESTAR/NO BIENESTAR
Empleado	$56.00/$67.00	$26.00/$30.00	$15.00/$18.00
Empleado y cónyuge	$123.00/$147.00	$59.00/$70.00	$32.00/$38.00
Empleado e hijos	$105.00/$125.00	$51.00/$61.00	$28.00/$34.00
Familia	$184.00/$219.00	$88.00/$105.00	$47.00/$55.00

DENTAL Y VISIÓN	PLAN DENTAL	DE VISIÓN
Empleado	$2.50	$1.00
Empleado y cónyuge	$4.50	$2.00
Empleado e hijos	$4.75	$1.50
Familia	$6.50	$2.50

COBERTURAS VOLUNTARIAS	INDEMNIZACIÓN HOSPITALARIA	ACCIDENTE
Empleado	$3.17	$2.03
Empleado y cónyuge	$7.70	$2.88
Empleado e hijos	$6.32	$4.18
Familia	$10.84	$5.03

¿Qué es el descuento de bienestar?

Si se hace un examen físico y envía su formulario médico antes del 30 de noviembre, podrá recibir un descuento en sus primas médicas en el siguiente año del plan. Los empleados nuevos reciben automáticamente el descuento durante su primer año calendario.

¿Necesita ayuda para calcular sus costos totales o decidir qué plan es adecuado para usted? Comuníquese con un asesor de beneficios al **866-738-2023**.

AVISOS OBLIGATORIOS

OPCIONES DE COBERTURA EN EL MERCADO DE SEGUROS DE SALUD Y SU COBERTURA DE SALUD

PARTE A: INFORMACIÓN GENERAL

Aunque le ofrezcan cobertura de salud a través de su empleo, es posible que tenga otras opciones de cobertura a través del Mercado de Seguros de Salud ("Mercado"). Para ayudarle a evaluar las opciones para usted y su familia, este aviso proporciona información básica sobre el Mercado de Seguros de Salud y la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo.

¿Qué es el Mercado de Seguros de Salud?

El Mercado está diseñado para ayudarle a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se ajuste a su presupuesto. El Mercado ofrece una "ventanilla única" para encontrar y comparar las opciones de seguro de salud privado en su zona geográfica.

¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Mercado?

Usted puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual y otros gastos de bolsillo, pero solo si su empleador no ofrece cobertura, u ofrece una cobertura que no es asequible para usted ni cumple con ciertos estándares de valor mínimo (mencionados a continuación). Los ahorros a los que usted es elegible dependen de los ingresos de su hogar. Asimismo, puede ser elegible para un crédito fiscal que reduzca sus costos.

¿La cobertura de salud basada en el empleo 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 es asequible para usted y cumple con ciertos estándares de valor mínimo, usted no será elegible para un crédito fiscal, o pago anticipado del crédito fiscal, para su cobertura del Mercado y es posible que desee inscribirse en el plan de salud basado en el empleo. No obstante, puede resultar elegible para obtener un crédito fiscal, y pagos anticipados del crédito que disminuyan 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 sea asequible para usted o que cumpla con ciertos estándares de valor mínimo. Si su parte del costo de la prima de todos los planes ofrecidos a través de su empleo es más del 9.96% de los ingresos anuales de su hogar, o si la cobertura a través de su empleo no cumple con el estándar de "valor mínimo" establecido por la Ley de Atención Médica Asequible, usted puede ser elegible para obtener un crédito fiscal y el pago anticipado del crédito, si no se inscribe en la cobertura de salud basada en el empleo. Para los familiares del empleado, se considera que la cobertura es asequible si el costo de las primas del plan de menor costo que cubriría a todos los miembros de la familia no excede el 9.96% de los ingresos del hogar del empleado.1 2

Nota: Si obtiene un plan de salud a través del Mercado en lugar de aceptar la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo, es posible que pierda el acceso a los aportes del empleador a la cobertura basada en el empleo. Además, este aporte del empleador, así como el aporte de su empleado a la cobertura basada en el empleo, 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. Además, tenga en cuenta que si la cobertura de salud ofrecida a través de su empleo no cumple con los estándares de asequibilidad o valor mínimo, pero igualmente usted acepta esa cobertura, no será elegible para obtener un crédito fiscal. Debe considerar todos estos factores para determinar si desea obtener un plan de salud a través del Mercado.

¿Cuándo puedo inscribirme en la cobertura de seguro de salud a través del Mercado?

Puede inscribirse en un plan de seguro de salud del Mercado durante el período anual de Inscripción Abierta del Mercado. La Inscripción Abierta varía según el estado, pero generalmente comienza el 1 de noviembre y continúa por lo menos hasta el 15 de diciembre.

Fuera del período anual de Inscripción Abierta, puede inscribirse en un seguro de salud si califica para un Período de Inscripción Especial. En general, usted califica para un Período de Inscripción Especial si ha tenido ciertos eventos de vida habilitantes, como casarse, tener un bebé, adoptar un niño o perder la elegibilidad para otra cobertura de salud. Según el tipo de Período de Inscripción Especial, podrá inscribirse en un plan del Mercado 60 días antes o después del evento de vida habilitante.

También hay un Período de Inscripción Especial del Mercado para las personas y sus familias que perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) entre el 31 de marzo de 2023 y el 31 de julio de 2024. Desde el inicio de la emergencia nacional de salud pública por COVID-19, las agencias estatales de Medicaid y CHIP en general no terminaron las inscripciones de los beneficiarios de Medicaid o CHIP que se inscribieron entre el 18 de marzo de 2020, y el 31 de marzo de 2023. Cuando las agencias estatales de Medicaid y CHIP reanudaron las prácticas regulares de elegibilidad e inscripción, muchas personas que se habían inscrito antes del 31 de marzo de 2023 ya no eran elegibles para la cobertura de Medicaid o CHIP. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos está ofreciendo un período temporal de Inscripción Especial del Mercado para que estas personas puedan inscribirse en la cobertura del Mercado.

Además, si usted o sus familiares están inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP, es importante que se asegure de que su información de contacto esté actualizada para recibir información sobre los cambios en su elegibilidad.

Para obtener más información, visite HealthCare.gov o llame al Centro de Atención del Mercado al 1-800-318-2596. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-855-889-4325.

¿Qué alternativas hay a la cobertura de seguro de salud del Mercado?

Si usted o su familia son elegibles para la cobertura de un plan de salud basado en el empleo (como un plan de salud patrocinado por el empleador), también pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial para inscribirse en ese plan de salud en ciertas circunstancias, incluso si usted o sus dependientes estuvieron inscritos en la cobertura de Medicaid o CHIP y perdieron esa cobertura. Por lo general, tiene 60 días después de la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP para inscribirse en un plan de salud basado en el empleo, pero si usted y su familia perdieron la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o CHIP entre el 31 de marzo de 2023 y el 10 de julio de 2023, tenía tiempo para solicitar esta inscripción especial en el plan de salud basado en el empleo hasta el 8 de septiembre de 2023. Confirme la fecha límite con su empleador o en su plan de salud basado en el empleo.

Como alternativa, puede inscribirse en la cobertura de Medicaid o CHIP en cualquier momento. Para esto debe completar una solicitud a través del Mercado o hacer la solicitud directamente a través de su agencia estatal de Medicaid. Visite healthcare.gov/medicaid-chip/getting-medicaid-chip para obtener más detalles.

¿Cómo puedo obtener más información?

Para obtener más información sobre la cobertura ofrecida a través de su empleo, consulte la descripción resumida de su plan de salud o comuníquese con Recursos Humanos. El Mercado puede ayudarle a evaluar sus opciones de cobertura, incluida su elegibilidad para la cobertura a través del Mercado y su costo. Visite HealthCare.gov para obtener más información, como la solicitud en línea para cobertura de seguro de salud y la información de contacto de un Mercado de Seguros de Salud en su área.

1. Indexado anualmente; consulte irs.gov/pub/irs-drop/rp-22-34.pdf para conocer los porcentajes correspondientes a 2023.
2. Un plan de salud patrocinado por el empleador o basado en el empleo cumple con el "estándar de valor mínimo" si la parte del plan de los costos totales de los beneficios permitidos cubiertos por el plan no es inferior al 60% de dichos costos. Para la elegibilidad para el crédito fiscal por primas, para cumplir con el "estándar de valor mínimo", el plan de salud también debe proporcionar una cobertura sustancial tanto de los servicios hospitalarios como de los servicios médicos.

AVISO DE INSCRIPCIÓN ESPECIAL

Este aviso es para asegurarnos de que usted entiende su derecho a solicitar la cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso aunque en este momento tenga pensado renunciar a la cobertura médica.

PÉRDIDA DE OTRA COBERTURA

Si rechaza una cobertura para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otro seguro de salud o cobertura de plan de salud grupal, usted y sus dependientes podrán inscribirse en este Plan 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 dentro 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).

Ejemplo: Usted renunció a la cobertura de este Plan porque estaba cubierto por un plan ofrecido por el empleador de su cónyuge. Su cónyuge renuncia al empleo. Si usted notifica a su empleador dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que la cobertura finaliza, usted y sus dependientes elegibles pueden solicitar la cobertura de este Plan.

Este aviso es para asegurarnos de que usted entiende su derecho a solicitar la cobertura de salud grupal. Debe leer este aviso aunque en este momento tenga pensado renunciar a la cobertura médica.

MATRIMONIO, NACIMIENTO O ADOPCIÓN

Si tiene un nuevo dependiente debido a un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una entrega en adopción, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, usted debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días siguientes al matrimonio, nacimiento o entrega en adopción.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, usted era soltero y optó por no elegir beneficios del seguro de salud. Un año después, se casa. Usted y sus dependientes elegibles tienen derecho a inscribirse en este Plan. Sin embargo, debe solicitarlo dentro de 30 días a partir de la fecha en que contrajo matrimonio.

MEDICAID O CHIP

Si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para la cobertura de Medicaid o el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) o son elegibles para un subsidio de asistencia para primas de Medicaid o CHIP, tal vez puedan inscribirse usted y sus dependientes.

Debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días posteriores a la pérdida de la cobertura de Medicaid o CHIP o a la determinación de elegibilidad para un subsidio de asistencia para primas.

Ejemplo: Cuando lo contrataron, sus hijos recibieron la cobertura de salud de CHIP y usted no los inscribió en este Plan. Como sus ingresos cambiaron, sus hijos ya no son elegibles para la cobertura de CHIP. Usted puede inscribirlos en este Plan si lo solicita dentro de los 60 días siguientes a la fecha en que perdió la cobertura de CHIP.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O SOLICITAR ASISTENCIA

Para solicitar la inscripción especial u obtener más información, comuníquese con: Recursos Humanos al WeitzHR@weitz.com

AVISO IMPORTANTE DE EPI POWER 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 EPI Power 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:

1. 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.
2. EPI Power ha determinado que la cobertura de medicamentos con receta ofrecida por todos los planes es, en promedio para todos los participantes del plan, la que se espera que pague el mismo monto de la cobertura de medicamentos con receta de 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 del plan no se verá afectada.

Su cobertura actual paga otros gastos de salud, 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 actuales de salud y medicamentos recetados.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y cancelar su cobertura actual de Weitz Company, tenga en cuenta que es posible que usted y sus dependientes no puedan 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 EPI Power 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:

Comuníquese con la persona mencionada 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 EPI Power. 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) 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 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: 01/01/2026

Nombre de la entidad/remitente: EPI Power

Contacto: puesto/oficina: Krista Robinson

Dirección: 611 5th Ave, Suite 300, Des Moines, IA 50309

Número de teléfono: 515-698-4260

AVISO DE INSCRIPCIÓN CONFORME A LA LEY MICHELLE

Nota: De conformidad con la Ley Michelle, se le entrega el siguiente aviso porque el plan de salud grupal de EPI Power ofrece cobertura a dependientes mayores de 26 años de edad y determina la elegibilidad para dicha cobertura de dependientes en la condición de estudiante. Revise la siguiente información relacionada con los derechos de su hijo dependiente según el plan en caso de que este pierda la condición de estudiante.

Cuando un hijo dependiente pierde la condición de estudiante para la cobertura del plan de salud grupal de EPI Power como resultado de una ausencia por necesidad médica de una institución educativa postsecundaria, el plan de salud grupal continuará proporcionando cobertura durante la ausencia por hasta un año, o hasta que la cobertura termine según el plan de salud grupal de EPI Power, lo que ocurra primero.

Para poder seguir teniendo derecho a la cobertura como hijo dependiente durante dicha ausencia:

El plan de salud grupal de EPI Power debe recibir un certificado escrito del médico que esté tratando al hijo dependiente en el que indique que el paciente sufre una enfermedad o lesión grave y que la ausencia (u otro cambio de inscripción) es por necesidad médica; y

Para obtener información adicional, comuníquese con: Recursos Humanos al WeitzHR@weitz.com

LEY DE DERECHOS DE SALUD Y CÁNCER DE LA MUJER

AVISO DE INSCRIPCIÓN

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 consulta con el médico tratante y el paciente para:

- **Todas las etapas 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; y**
- **Tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.**

Estos beneficios se proporcionarán de acuerdo con los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados conforme a este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de WHCRA, llame al administrador de su plan al 800-887-1278.

AVISO ANUAL

¿Sabe que su plan, conforme lo exige la Ley de Derechos de Salud y Cáncer de la Mujer de 1998, ofrece beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de la reconstrucción y la cirugía para lograr la simetría entre las mamas, prótesis y complicaciones de una mastectomía, incluido el linfedema? Llame al administrador de su plan al 800-887-1278 para obtener más información.

LEY DE PROTECCIÓN DE LA SALUD DE MADRES Y RECIÉN NACIDOS

La Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos (Ley de Recién Nacidos) establece protecciones para las madres y sus hijos recién nacidos en relación con la duración de su estadía en el hospital después del parto.

Conforme a la Ley de Recién Nacidos, los planes de salud grupales no pueden restringir los beneficios para las madres o los recién nacidos, durante una estadía hospitalaria relacionada con el parto, a menos de 48 horas después de un parto vaginal ni a menos de 96 horas después de un parto por cesárea. El período de 48 horas (o 96 horas) comienza en el momento del parto, a menos que la mujer dé a luz fuera del hospital. En ese caso, el período comienza en el momento de la admisión hospitalaria.

Después de consultar con la madre, el proveedor tratante decide si dará de alta a la madre o a su hijo recién nacido antes. El proveedor tratante no puede recibir incentivos ni ser disuadido para dar de alta a la madre o a su hijo antes de las 48 horas (o las 96 horas).

Aunque un plan ofrezca beneficios para estadías en el hospital relacionadas con el parto, la Ley de Recién Nacidos solo se aplica a cierta cobertura. En particular, esto depende de si la cobertura está "asegurada" por una compañía de seguros o una HMO o si está "autoasegurada" por un plan basado en el empleo. (Consulte la Descripción Resumida del Plan, el documento que describe los beneficios y derechos del plan, o comuníquese con el administrador del plan para averiguar si la cobertura relacionada con el parto está "asegurada" o "autoasegurada").

Las disposiciones de la Ley de Recién Nacidos siempre se aplican a la cobertura que está autoasegurada. Si el plan ofrece beneficios para estadías hospitalarias relacionadas con el parto y está asegurado, la ley estatal será la que determine si el plan está sujeto a la Ley de Recién Nacidos. Muchos estados han promulgado su propia versión de la Ley de Recién Nacidos con respecto a la cobertura asegurada. Si su estado tiene una ley que regula la cobertura para recién nacidos y madres que cumple con los criterios específicos y la cobertura es proporcionada por una compañía de seguros o una HMO, se aplicará la ley estatal.

Todos los planes de salud grupales que brindan cobertura por maternidad o para bebés recién nacidos deben incluir en las Descripciones Resumidas del Plan una declaración que describa los requisitos de la ley federal o estatal correspondientes al plan (o cualquier cobertura de seguro de salud ofrecida por el plan) en relación con la duración de la estadía hospitalaria de la madre o el recién nacido relacionada con el parto.

Para obtener más información, consulte las Preguntas Frecuentes (FAQ) sobre la Ley de Protección de la Salud de Madres y Recién Nacidos.

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 su empleador, 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 de Salud. 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 a continuación, 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 AHORA MISMO, 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 hasta el 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad.

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Alabama Medicaid	myalhipp.com	855-692-5447
Alaska Medicaid	Programa de pago de primas: myakhipp.com Elegibilidad de Medicaid: health.alaska.gov/dpa Correo electrónico: customerservice@myakhipp.com	866-251-4861
Arkansas Medicaid	http://myarhipp.com/	855-MyARHIPP (855-692-7447)
California Medicaid	dhcs.ca.gov/hipp Correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov	916-445-8322 916-440-5676 (fax)
Colorado Medicaid y CHIP	Medicaid: healthfirstcolorado.com CHIP: hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus HIBI: mycohibi.com	800-221-3943 Relé 711 800-359-1991 Relé 711 855-692-6442
Florida Medicaid	flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html	877-357-3268
Georgia Medicaid	HIPP: medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment- program-hipp CHIPRA: 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	HIPP: https://www.in.gov/fssa/dfr/ Todos los demás de Medicaid: in.gov/medicaid	800-403-0864 800-457-4584
Iowa Medicaid y CHIP	Medicaid: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid CHIP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki HIPP: hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp	800-338-8366 800-257-8563 888-346-9562
Kansas Medicaid	kancare.ks.gov	800-792-4884 HIPP: 800-967-4660
Kentucky Medicaid y CHIP	KI-HIPP: chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx KI-HIPP Correo electrónico: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP: kynect.ky.gov Medicaid: chfs.ky.gov/agencies/dms	KI-HIPP: 855-459-6328 KCHIP: 877-524-4718
Luisiana Medicaid	ldh.la.gov/healthy-louisiana or www.ldh.la.gov/lahipp	Medicaid: 888-342-6207 LaHIPP: 855-618-5488
Maine Medicaid	Inscripción: mymaineconnection.gov/benefits Prima de seguro de salud privado: maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms	Inscripción: 800-442-6003 HIP privado: 800-977-6740 TTY/Relé: 711
Massachusetts Medicaid y CHIP	mass.gov/masshealth/pa Correo electrónico: masspremassistance@accenture.com	800-862-4840 TTY/Relé: 711
Minnesota Medicaid	mn.gov/dhs/health-care-coverage	800-657-3672

ESTADO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO
Missouri Medicaid	dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm	573-751-2005
Montana Medicaid	HIPP: dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Correo electrónico de HIPP: HHSHIPPProgram@mt.gov	800-694-3084
Nebraska Medicaid	ACCESSNebraska.ne.gov	800-992-0900
Nevada Medicaid	Medicaid: dhcfp.nv.gov	800-992-0900
Nuevo Hampshire Medicaid	dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program Correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov	603-271-5218 o 800-852-3345, ext. 15218
Nueva Jersey Medicaid y CHIP	Medicaid: state.nj.gov/humanservices/dmahs/clients/medicaid CHIP: njfamilycare.org/index.html	Medicaid: 800-356-1561 Asistencia para primas de CHIP: 609-631-2392 CHIP: 800-701-0710 TTY/Relé: 711
Nueva York Medicaid	health.ny.gov/health_care/medicaid	800-541-2831
Carolina del Norte Medicaid	medicaid.ncdhhs.gov	919-855-4100
Dakota del Norte Medicaid	hhs.nd.gov/healthcare	844-854-4825
Oklahoma Medicaid y CHIP	insureoklahoma.org	888-365-3742
Oregón Medicaid	healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx	800-699-9075
Pensilvania Medicaid y CHIP	Medicaid: pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html CHIP: dhs.pa.gov/CHIP/Pages/CHIP.aspx	Medicaid: 800-692-7462 CHIP: 800-986-KIDS (5437)
Rhode Island Medicaid y CHIP	eohhs.ri.gov	855-697-4347 o 401-462-0311 (Teléfono directo de RI)
Carolina del Sur Medicaid	scdhhs.gov	888-549-0820
Dakota del Sur Medicaid	dss.sd.gov	888-828-0059
Texas Medicaid	hhs.texas.gov/services/financial/health-insurance-premium-payment-hipp-program	800-440-0493
Utah Medicaid y CHIP	UPP: medicaid.utah.gov/upp/ Correo electrónico de UPP: upp@utah.gov Expansión para adultos: medicaid.utah.gov/expansion/ Programa de adquisición de Medicaid en Utah: medicaid.utah.gov/buyout-program/ CHIP: chip.utah.gov	UPP: 877-222-2542
Vermont Medicaid	dvha.vermont.gov/members/medicaid/hipp-program	800-250-8427
Virginia Medicaid y CHIP	coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select coverva.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs	Medicaid/CHIP: 800-432-5924
Washington Medicaid	hca.wa.gov	800-562-3022
Virginia Occidental Medicaid y CHIP	dhhr.wv.gov/bms/ mywvhipp.com/	Medicaid: 304-558-1700 CHIP: 855-699-8447

Wisconsin Medicaid y CHIP	dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm	800-362-3002
Wyoming Medicaid	health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility	800-251-1269

Para saber si otros estados han añadido un programa de asistencia para primas desde el 31 de julio de 2025 o para obtener más información sobre los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados
dol.gov/agencies/ebsa
866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
cms.hhs.gov
877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565

AVISOS SOBRE EL PROGRAMA DE BIENESTAR

Build a Better You 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 complete una evaluación voluntaria de riesgos de salud o HRA en la que se le hacen una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y sobre si padece o ha padecido determinadas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También se le pedirá que se realice un examen de salud preventivo con su proveedor de atención primaria. No está obligado a completar la HRA ni a participar en los exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que decidan participar en el programa de bienestar recibirán como incentivo un descuento exclusivo en las primas médicas mensuales por realizarse el examen preventivo. Aunque no está obligado a completar la HRA ni a participar en el examen preventivo, solo los empleados que lo hagan recibirán el descuento exclusivo en las primas médicas mensuales.

Puede haber incentivos adicionales, como tarjetas de regalo de hasta $100, para los empleados que participen en ciertas actividades relacionadas con la salud, como exámenes preventivos adicionales, y actividades de bienestar, como desafíos grupales. Si no puede participar en alguna de las actividades relacionadas con la salud ni lograr ninguno de los resultados de salud necesarios para obtener un incentivo, puede tener derecho a una adaptación razonable o a un estándar alternativo. Puede solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo si se comunica con Recursos Humanos a través del correo electrónico WeitzHR@weitz.com.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica 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 EPI Power pueden utilizar la información agregada que recopila para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, Build a Better You 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. La única persona que recibirá su información médica personal identificable es el proveedor que EPI Power ha obtenido para recopilar datos con el fin de determinar la elegibilidad para el incentivo 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.

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre las protecciones contra la discriminación y las represalias, comuníquese con Recursos Humanos a través del correo electrónico WeitzHR@weitz.com.

THE EPI POWER, LLC

("PATROCINADOR DEL PLAN") AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE HIPAA

FECHA ACTUALIZADA: 01/01/2024

ESTE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DESCRIBE CÓMO EL PATROCINADOR DE SU PLAN (SU EMPLEADOR QUE PATROCINA SU PLAN DE SALUD GRUPAL) PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELO DETENIDAMENTE.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA) y la Ley de Tecnología de la Información Médica en Materia de Salud Económica y Clínica de 2009 (Ley HITECH) establecen importantes restricciones para compartir su información médica y le otorgan importantes derechos de privacidad. Este aviso de prácticas de privacidad (el "Aviso") reemplaza todos los avisos anteriores enviados por el Patrocinador del Plan y entra en vigor en la Fecha de Envío mencionada anteriormente. Este Aviso describe las obligaciones legales del Patrocinador del Plan y sus derechos legales con respecto a su "información de salud protegida" ("PHI") en poder de su Patrocinador del Plan y Plan de Salud grupal. Este Aviso describe cómo su PHI puede usarse o divulgarse para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica, o para otros propósitos permitidos por la ley.

Generalmente, la PHI incluye su información personal proporcionada por usted o creada por su Plan de Salud Grupal, o el Patrocinador del Plan en nombre de un Plan de Salud Grupal, que se relaciona con su salud o condición física o mental del pasado, presente o futuro; la atención médica proporcionada; o el pago pasado, presente o futuro para la atención médica proporcionada, e incluye sus elecciones para inscribirse en el Plan. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso o nuestras prácticas de privacidad, comuníquese con el Responsable de Privacidad que se indica a continuación.

El Patrocinador del Plan puede contratar agentes, proveedores de servicios y administradores externos para administrar todo o parte de su Plan de Salud Grupal, como el pago de reclamos y la gestión de inscripción. El término Patrocinador del Plan, tal como se usa en este Aviso, incluye todas las entidades que prestan servicios relacionados con su Plan de Salud Grupal y que tienen acceso a su PHI. El Patrocinador del Plan y los proveedores de servicios contratados están obligados por ley a cumplir con los términos de este Aviso.

El Patrocinador del Plan está obligado por ley a mantener la privacidad de su PHI, proporcionarle ciertos derechos con respecto a su PHI, proporcionarle una copia de este Aviso y cumplir con los términos de este Aviso. El Patrocinador del Plan se reserva el derecho de cambiar los términos de este Aviso y sus prácticas relacionadas con su PHI. Si hay algún cambio material en este Aviso, el Patrocinador del Plan le proporcionará una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad revisado.

Uso y divulgación

El Patrocinador del Plan puede usar o divulgar su PHI en ciertas circunstancias sin su permiso. Estas circunstancias específicas estarán dentro de una de las categorías siguientes.

- **Para tratamientos:** para facilitar el tratamiento o los servicios médicos por parte de los proveedores, incluidos médicos, personal de enfermería, técnicos, estudiantes de medicina u otro personal del hospital que participe en su cuidado.
- **Para pagos:** para determinar su elegibilidad para los beneficios del Plan, para facilitar el pago del tratamiento o los servicios que recibe de los proveedores de atención médica, para determinar la responsabilidad de los beneficios del Plan, o para coordinar la cobertura del Plan.
- **Para operaciones de atención médica:** usos y divulgaciones necesarios para usar el Plan.
- **Alternativas de tratamiento o beneficios y servicios relacionados con la salud** que podrían interesarle.

- **Para que Socios Comerciales** lleven a cabo diversas funciones en representación nuestra o presten ciertos tipos de servicios. Un Socio Comercial podrá recibir, crear, mantener, transmitir, usar o divulgar su PHI, solo después de acordar por escrito con el Patrocinador del Plan la implementación de las medidas de seguridad apropiadas con respecto a su PHI.
- **Cuando lo exige la ley:** cuando lo exija la ley federal, estatal o local.
- **Para evitar una amenaza grave a la salud o seguridad** de usted, o la salud y seguridad del público, o de otra persona. Esta categoría se limita a alguien capaz de ayudar a prevenir la amenaza.

Además, las siguientes categorías describen otras formas en que el Patrocinador del Plan puede usar y divulgar su PHI sin su autorización específica. Todas las formas en que el Patrocinador del Plan puede usar y divulgar información estarán dentro de una de las categorías.

- **Donación de órganos y tejidos:** después de su muerte podemos compartir su PHI con una organización de obtención de órganos o trasplante de órganos, ojos o tejidos, o con un banco de donación de órganos, según sea necesario para facilitar la donación y el trasplante de órganos o tejidos.
- **Servicio militar:** si usted es miembro de las fuerzas armadas, según lo exijan las autoridades de mando militar. El Patrocinador del Plan también puede divulgar PHI sobre el personal militar extranjero a la autoridad militar extranjera correspondiente.
- **Compensación laboral** o programas similares, pero solo cuando las leyes lo permitan y en la medida en que sea necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación laboral y los programas similares que proporcionan beneficios para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.
- **Riesgos de salud pública** en las actividades de salud pública. Estas actividades generalmente incluyen lo siguiente:
- Prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.
- Informar nacimientos y defunciones.
- Denunciar abuso o negligencia infantil.
- Informar reacciones a medicamentos o problemas con productos.
- Notificar a las personas sobre los retiros de productos que puedan estar utilizando.
- Notificar a una persona que puede haber estado expuesta a una enfermedad o que puede estar en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.
- Notificar a la autoridad gubernamental correspondiente si el Patrocinador del Plan cree que un paciente ha sido víctima de abuso, negligencia o violencia doméstica. El Patrocinador del Plan solo hará esta divulgación si usted está de acuerdo, o cuando la ley lo exija o permita.
- **Actividades de supervisión de la salud para actividades autorizadas por ley.** Por ejemplo, auditorías, investigaciones, inspecciones y habilitaciones.
- **Demandas y controversias** en respuesta a una orden judicial o administrativa, incluida una respuesta a una citación legal, solicitud de presentación de pruebas u otro proceso por parte de alguien involucrado en una controversia legal, pero solo si se han hecho esfuerzos para informarle sobre la solicitud o para obtener una orden judicial o administrativa que proteja la información solicitada.
- **Cumplimiento de la ley:** si un funcionario del orden público le exige el cumplimiento de la ley:
- En respuesta a una orden judicial, citación, orden judicial, emplazamiento o proceso similar.
- Para identificar o ubicar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida.
- En relación con la víctima de un crimen si, en ciertas circunstancias limitadas, el Patrocinador del Plan no puede obtener el consentimiento de la víctima.
- En relación con una muerte que el Patrocinador del Plan cree que puede ser el resultado de una conducta delictiva.
- En relación con una conducta delictiva.
- **Médicos forenses y directores de funerarias,** por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. El Patrocinador del Plan también puede divulgar información médica sobre los pacientes a los directores de funerarias, según sea necesario para llevar a cabo sus funciones.
- **Actividades de seguridad nacional e inteligencia** a funcionarios federales autorizados para actividades de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional permitidas por la ley.
- **Los reclusos** de una institución correccional o que estén bajo la custodia de un funcionario del orden público, a la institución correccional o al funcionario del orden público si es necesario para que la institución le brinde atención médica; para proteger su salud y seguridad o la salud y seguridad de otras personas; o para la seguridad y protección de la institución correccional.

Investigación: a investigadores cuando los identificadores de la persona se han eliminado; o cuando un consejo de revisión institucional o un consejo de privacidad ha revisado la propuesta de investigación y establecido protocolos para garantizar la privacidad de la información solicitada, y aprueba la investigación.

Divulgaciones obligatorias

El Patrocinador del Plan debe divulgar su PHI a:

- **Auditorías gubernamentales** para la seguridad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos cuando el secretario está investigando o determinando nuestro cumplimiento de la privacidad conforme a la ley HIPAA.
- **A usted** cuando lo solicite, la parte de su PHI que contiene registros médicos, registros de facturación y cualquier otro registro utilizado para tomar decisiones con respecto a sus beneficios de atención médica.

Otras divulgaciones

El Patrocinador del Plan puede divulgar su PHI a:

- **Representantes personales** autorizados por usted, o a una persona designada como su representante personal, o apoderado. Debe proporcionar una notificación o autorización por escrito y documentos que demuestren la representación, como un poder notarial. El Patrocinador del Plan no está obligado a divulgar la información a un representante personal si el Patrocinador del Plan tiene motivos suficientes para creer que usted ha sido, o puede ser, víctima de violencia doméstica, abuso o negligencia por parte de dicha persona; o tratar a dicha persona como su representante personal podría ponerle en peligro; o según el criterio profesional, no está interesado en tratar a la persona como su representante personal.
- **Para cumplir con su autorización.** Los usos o las divulgaciones de su PHI no descritos anteriormente solo podrán hacerse con su autorización por escrito. El Patrocinador del Plan puede negar una solicitud para divulgar sus notas psiquiátricas. El Patrocinador del Plan no usará ni divulgará su PHI para fines comerciales; ni venderá su PHI, a menos que usted proporcione una autorización por escrito. Usted puede revocar las autorizaciones escritas en cualquier momento, siempre y cuando la revocación sea por escrito. Una vez que el Patrocinador del Plan reciba su revocación por escrito, solo tendrá validez para usos y divulgaciones futuros. No tendrá validez para la información que se utilizó y divulgó de acuerdo con la autorización escrita, antes de recibir su revocación por escrito.

Derechos de privacidad

- **Derecho a revisar y obtener copias.** Usted tiene el derecho de revisar y obtener una copia de cierta PHI que se puede utilizar para tomar decisiones sobre sus beneficios del plan. Si la información que usted solicita se guarda en formato electrónico y usted solicita una copia electrónica, el Patrocinador del Plan le proporcionará una copia de forma electrónica y en el formato que usted solicite, siempre que la información pueda reproducirse sin problemas de esa forma y en ese formato. Si la información no puede reproducirse sin problemas de esa forma y en ese formato, el Patrocinador del Plan hablará con usted para acordar la forma y el formato o proporcionarle una copia en papel. Para revisar y obtener una copia de su PHI, debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad que se indica a continuación. El Patrocinador del Plan puede cobrar una tarifa razonable por los costos de la copia, el envío por correo u otros suministros relacionados con su solicitud. En ciertas circunstancias muy limitadas, el Patrocinador del Plan puede negar su solicitud de revisar y obtener una copia. Si se le niega el acceso a su información médica, puede solicitar que la denegación sea revisada. Para eso debe enviar una solicitud por escrito al Responsable de Privacidad que se indica a continuación.
- **Derecho de enmienda.** Si siente que su PHI es incorrecta o está incompleta, puede pedirle al Patrocinador del Plan que enmiende la información. Usted tiene el derecho de solicitar una enmienda mientras la información sea guardada por o para el Plan. Para solicitar una enmienda, debe enviar una solicitud por escrito al Responsable de Privacidad que se indica a continuación. Además, debe indicar una razón que fundamente su solicitud. El Patrocinador del Plan puede negar su solicitud de enmienda si no la hace por escrito o no incluye una razón que fundamente la solicitud. Además, el Patrocinador del Plan puede negar su solicitud si la información:
- No forma parte de la información médica guardada por o para el Plan.
- No fue creada por el Plan, a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para hacer la enmienda.
- No es parte de la información que usted puede revisar y copiar.
- Ya es precisa y está completa.

Si su solicitud es denegada, usted tiene el derecho de presentar una declaración de disconformidad ante el Patrocinador del Plan y toda divulgación futura de la información objeto de controversias incluirá su declaración.

La información incluida en esta comunicación es confidencial y puede ser utilizada por el destinatario autorizado solo para el propósito previsto. Cualquier uso o divulgación para un propósito diferente del previsto está prohibido.

- **Derecho a solicitar una lista de divulgaciones.** Usted tiene el derecho de solicitar una "lista" de ciertas divulgaciones de su PHI.

La lista no incluirá: (1) divulgaciones para propósitos de tratamientos, pagos u operaciones de atención médica; (2) divulgaciones hechas a usted; (3) divulgaciones hechas de conformidad con su autorización; (4) divulgaciones hechas a amigos o familiares en su presencia o debido a una emergencia; (5) divulgaciones para propósitos de seguridad nacional; y (6) divulgaciones inherentes a divulgaciones permitidas. Para solicitar esta lista de divulgaciones, debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad que se indica a continuación. Su solicitud debe indicar el período de tiempo que desea que la lista incluya. Este no puede ser superior a seis años anteriores a la fecha de la solicitud. Su solicitud debe indicar en qué formato desea la lista (por ejemplo, en papel o formato electrónico). La primera lista que solicite dentro de un período de 12 meses se proporcionará de forma gratuita. Si solicita listas adicionales, el Patrocinador del Plan puede cobrarle los gastos relacionados con la lista. El Patrocinador del Plan le notificará el costo correspondiente y usted puede retirar o modificar su solicitud en ese momento antes de incurrir en gastos.

- **Derecho a solicitar restricciones o limitaciones en la PHI** que el Patrocinador del Plan usa o divulga para realizar tratamientos, pagos u operaciones de atención médica. También tiene el derecho de solicitar que se límite la PHI que se divulga a una persona que participa en su cuidado o en el pago de su atención, como un familiar o amigo. A excepción de lo dispuesto en el párrafo siguiente, el Patrocinador del Plan no está obligado a aceptar su solicitud. Sin embargo, el Patrocinador del Plan cumplirá con cualquier solicitud de restricción si: (1) excepto que la ley exija lo contrario, la divulgación se hace a un plan de salud para realizar pagos u operaciones de atención médica (y no para realizar un tratamiento); y (2) la PHI pertenece únicamente a un artículo o servicio de atención médica por el cual el proveedor de atención médica involucrado recibió el pago total de usted u otra persona. Para solicitar restricciones, debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad que se indica a continuación. En su solicitud, debe indicar: (1) qué información quiere limitar; (2) si desea limitar nuestro uso, nuestra divulgación o ambos; y (3) a quién desea que se apliquen los límites, por ejemplo, las divulgaciones a su cónyuge. Si el Patrocinador del Plan acepta la solicitud, esta permanecerá en vigor hasta que usted la revoque o el Patrocinador del Plan le notifique.
- **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales** sobre asuntos médicos de cierta manera o en un lugar determinado. Por ejemplo, puede solicitar que el Patrocinador del Plan solo se comunique con usted en el trabajo o por correo. Debe enviar su solicitud por escrito al Responsable de Privacidad que se indica a continuación y debe especificar cómo o dónde desea ser contactado. El Patrocinador del Plan se adaptará a todas las solicitudes razonables.
- **Derecho a ser notificado de una filtración** en caso de que el Patrocinador del Plan (o un Socio Comercial) descubra una filtración de PHI no asegurada.
- **Derecho a recibir una copia impresa de este Aviso.** Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento al Responsable de Privacidad que se indica a continuación, aunque haya aceptado recibir este aviso en formato electrónico.

Quejas

Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja ante el Plan o ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Para presentar una queja ante el Plan, comuníquese con:

Compañía: EPI POWER GROUP, LLC

Título: Responsable de Privacidad

Dirección: 611 5th Avenue, Ste 300

Des Moines, IA 50309

Por teléfono: 515-697-5992

Todas las quejas deben presentarse por escrito. Usted no recibirá sanciones ni se tomarán represalias contra usted por presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles o a nosotros.

La información incluida en esta comunicación es confidencial y puede ser utilizada por el destinatario autorizado solo para el propósito previsto. Cualquier uso o divulgación para un propósito diferente del previsto está prohibido.

NOTAS

NOTAS

NOTAS


EPI
POWER