



2023-2024

## Requisitos de Elegibilidad de Atlantic Wellness & Descuento de Prima de Seguro de Bienestar

### Lista de Verificación de Actividades Requeridas

*iCuatro Pasos para Lograr Tus Ahorros!*

Los empleados siempre están trabajando en el año en curso para recibir el diferencial de prima para el siguiente año del plan. Para recibir el descuento de la prima para el próximo año del plan (Oct 1, 2024– Sept. 30, 2025) todos los empleados deben completar las cuatro actividades requeridas. **La fecha límite para completar estas cuatro actividades es Agosto 31, 2024.**

#### 1 Detección Biométrica

Las evaluaciones biométricas se pueden realizar en las evaluaciones en el sitio que se realizan en la mayoría de las sucursales este otoño o con su médico durante su examen físico anual utilizando el formulario adjunto.

#### 2 Física Anual

El artículo se marcará como completo en el portal de Marathon Health una vez que se complete y devuelva el formulario adjunto.

#### 3 Un Examen Preventivo

El artículo se marcará como completo en el portal de Marathon Health una vez que se complete y devuelva el formulario adjunto.

##### Exámenes de Calificación:

- Mamografías
- Examen Dental/ Detección
- Colonoscopias
- Control Preventivo de la Piel
- Mujer sana
- Examen de la Vista (ojo)
- Examen de Próstata

#### 4 Una Cita de Asesoramiento de Salud o una Cita de Salud Conductual con Nuestro Equipo de Marathon Health

Estas citas se pueden programar llamando a su Entrenador de salud de Marathon o a Tiffany directamente o usando el Portal de salud de Marathon.

Si se te pasó la fecha límite para recibir el descuento por el 2023-2024 año del plan, puede completar las cuatro actividades requeridas para no solo ganar el descuento para el 2024-2025 año de plan, pero también cambiaremos a los empleados a la tarifa mensual con descuento de bienestar una vez que se completen las cuatro actividades requeridas.

#### Dibujo Anticipado para iPad

Haremos una rifa en mayo de 2024 para un iPad para cualquier persona que haya completado las cuatro actividades requeridas antes del 30 de Abril de 2024.

#### Participantes del Plan No Médico

Los empleados que no están en el plan médico de Atlantic aún pueden anticipar en el programa de bienestar, incluidas las evaluaciones biométricas, reunirse con los entrenadores de salud de Marathon y participar en todos los demás talleres del programa de bienestar.

#### Esposos

Se alienta a todos los cónyuges a hacerse un examen físico anual. Cualquier cónyuge que este cubierto por el plan de seguro de Atlantic que complete un examen físico anual tendrá su nombre incluido en un sorteo para un iPad. El sorteo tendrá lugar en Septiembre de 2024.

#### Nuevos Empleados

Los nuevos empleados contratados a partir del 2 de Marzo de 2024 pueden seleccionar el descuento de bienestar al hacer sus selecciones de beneficios y recibir el descuento de la prima por el resto del año del plan 2023-2024. También recibirán el descuento para el año del plan 2024-2025, pero deben completar los requisitos del programa durante ese año del plan para seguir obteniendo el descuento en el futuro.



#### Questions?

Escanee el código QR para ver el portal de Marathon Health. Allí puede programar una cita con un asesor de salud y/o un especialista en salud conductual, verificar el estado de su incentivo y ver su información biométrica.

Si tiene alguna pregunta sobre sus opciones de elegibilidad de bienestar, comuníquese con nuestro Coordinador de Bienestar **Becca Schusler** at **BeccaS@atlanticpkg.com**.

# Atlantic Packaging Programa de incentivos

## 2024 Formulario de verificación del proveedor

### AVISO AL PACIENTE

Complete la parte superior de este formulario y lléveselo a su médico cuando realice su chequeo/examen preventivo o actividad de bienestar que califique. Esta actividad **debe** tener lugar entre la September 1, 2023 y August 31, 2024 para que cuente como parte de las actividades del programa Atlantic Packaging Programa de incentivos. **Una vez que su proveedor lo haya completado, SU responsabilidad es enviar este formulario a la información de contacto que figura a continuación.** AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ENVIARLO A MARATHON HEALTH, USTED DA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE MARATHON HEALTH INFORME A ATLANTIC PACKAGING DE QUE USTED HA COMPLETADO LAS ACTIVIDADES DESCRITAS A CONTINUACIÓN. Puede revocar su consentimiento a esta divulgación en cualquier momento si nos envía una notificación por escrito. Su revocación no se aplicará a la información ya divulgada por Marathon Health de conformidad con este formulario de verificación.

FECHA ACTUAL

UBICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (Escriba claramente con letra de imprenta)

FECHA DE NACIMIENTO IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO

### AVISO AL PROVEEDOR

Su paciente tiene la oportunidad de realizarse pruebas/exámenes preventivos u otras actividades de salud y bienestar como parte del programa de incentivos de bienestar de su empleador o plan de salud colectivo. Complete la siguiente sección para verificar que ha prestado servicios a este paciente.

CRITERIOS PARA LA REVISIÓN MÉDICA ANUAL	FECHA EN QUE SE ADMINISTRÓ LA PRUEBA	RESULTADOS
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)		Altura _____ in. / Peso _____ lbs
PERÍMETRO DE CINTURA		Valor: _____ in.
PRESIÓN ARTERIAL		Valor: _____ / _____ mmHg
COLESTEROL TOTAL		Valor: _____ mg/ dL
COLESTEROL HDL		Valor: _____ mg/dL
TRIGLICÉRIDOS		Valor: _____ mg/dL
COLESTEROL LDL		Valor: _____ mg/dL
HEMOGLOBINA A1C O GLUCOSA		Valor: _____ % o _____ mg/dL

FIRMA DEL PROVEEDOR

ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA (O SELLO DEL PROVEEDOR)

NÚMERO DE TELÉFONO DEL PROVEEDOR

### FECHAS LÍMITE:

Cargue, envíe por fax, correo electrónico o correo postal este formulario a Marathon Health con la información que figura a continuación. Debe enviar este formulario antes de la August 31, 2024.

Marathon Health

Fax: 802.419.9688

Correo electrónico: [wellness@marathon-health.com](mailto:wellness@marathon-health.com)

# Atlantic Packaging Programa de incentivos 2024 Formulario de verificación del proveedor

## AVISO AL PACIENTE

Complete la parte superior de este formulario y lléveselo a su médico cuando realice su chequeo/examen preventivo o actividad de bienestar que califique. Esta actividad **debe** tener lugar entre la September 1, 2023 y August 31, 2024 para que cuente como parte de las actividades del programa Atlantic Packaging. **Una vez que su proveedor lo haya completado, SU responsabilidad es enviar este formulario a la información de contacto que figura a continuación.** AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y ENVIARLO A MARATHON HEALTH, USTED DA SU CONSENTIMIENTO PARA QUE MARATHON HEALTH INFORME A ATLANTIC PACKAGING DE QUE USTED HA COMPLETADO LAS ACTIVIDADES DESCRITAS A CONTINUACIÓN. Puede revocar su consentimiento a esta divulgación en cualquier momento si nos envía una notificación por escrito. Su revocación no se aplicará a la información ya divulgada por Marathon Health de conformidad con este formulario de verificación.

FECHA ACTUAL

UBICACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE (Escriba claramente con letra de imprenta)

FECHA DE NACIMIENTO

NÚMERO DE EMPLEADO

## AVISO AL PROVEEDOR

Su paciente tiene la oportunidad de realizarse pruebas/exámenes preventivos u otras actividades de salud y bienestar como parte del programa de incentivos de bienestar de su empleador o plan de salud colectivo. Complete la siguiente sección para verificar que ha prestado servicios a este paciente.

ACTIVIDAD CUALIFICADA DEL PROGRAMA	FECHA DE EXAMEN/ACTIVIDAD	INICIALES O SELLO DEL PROVEEDOR
EXAMEN FÍSICO ANUAL		
EXAMEN PARA MUJERES		
COLONOSCOPIA		
MAMOGRAFÍA		
VISITA DENTAL PREVENTIVA		
EXAMEN PREVENTIVO DE LA VISTA		
VACUNA COVID-19 (Serie completa o refuerzo)		

## **FECHAS LÍMITE:**

**Cargue, envíe por fax, correo electrónico o correo postal este formulario a Marathon Health con la información que figura a continuación. Debe enviar este formulario antes de la August 31, 2024.**

Marathon Health

Fax: 802.419.9688

Correo electrónico: [wellness@marathon-health.com](mailto:wellness@marathon-health.com)



2023-2024

## Información de Contacto del Coordinador de Bienestar y Entrenador de Salud

Rama	Coordinador del Sitio de Bienestar	Contacto del Coordinador del Sitio de Bienestar	Entrenadora de Salud de Marathon y Contacto
Atlanta	Heidi Montecino	heidim@atlanticpkg.com   770-629-3100	Ryan Efaw 404-710-7493
Baltimore	Sarah Dabrowski	sarahd@atlanticpkg.com   410-844-9106	Ryan Efaw 404-710-7493
Benton Harbor	Leigh Bishop	leighb@atlanticpkg.com   269-926-6101 ext.25	Ryan Efaw 404-710-7493
Charleston Corrugated	Sabrina Stewart	sabrinast@atlanticpkg.com   843-552-2697 ext.3002	Ryan Efaw 404-710-7493
Charlotte	Brittany Colston	brittanyc@atlanticpkg.com   704-588-1407	Ryan Efaw 404-710-7493
Dallas	Justin Whittington	justinw@atlanticpkg.com   469-621-4456	Ryan Efaw 404-710-7493
Dalton	Michel Marshall	michelm@atlanticpkg.com   706-277-9059	Ryan Efaw 404-710-7493
Greensboro Beechwood	Pam Beck	pamb@atlanticpkg.com   336-358-4321	Ryan Efaw 404-710-7493
Greensboro Spring Garden	Mike Barricks	mikeb@atlanticpkg.com   336-834-4100 ext.2727	Ryan Efaw 404-710-7493
Greenville	Amy King	amyk@atlanticpkg.com   864-444-7561	Ryan Efaw 404-710-7493
Hickory	Sandi King	sandik@atlanticpkg.com   828-328-1886	Ryan Efaw 404-710-7493
Memphis	Mary Ryder	maryr@atlanticpkg.com   901-203-3823	Ryan Efaw 404-710-7493
Sturgis	Rhonda Gilger	rhondag@atlanticpkg.com   269-659-1405	Ryan Efaw 404-710-7493
Summerville	Richard Farmer	richardf@atlanticpkg.com   843-868-8910	Ryan Efaw 404-710-7493
Tabor City	Renee Windham	reneew@atlanticpkg.com   910-653-7438	Wendy Meares 910-500-6257
Wilmington	Eryn Johnson, Lynn Vann	eyrnt@atlanticpkg.com   910-398-6174 lynnv@atlanticpkg.com   910-398-6135	Ryan Efaw 404-710-7493
Youngsville	Lisa Slaughter	lissal@atlanticpkg.com   919-657-9817	Ryan Efaw 404-710-7493
Remote Employees Hazleton Jacksonville Reno Las Vegas	Melissa Silva	melissas@atlanticpkg.com   775-574-3311	Ryan Efaw 404-710-7493

### Preguntas Medicas

**Eryn Johnson**

910-398-6174 | erynt@atlanticpkg.com

### Coordinador de Bienestar

**Becca Schusler**

704-909-5731 | beccas@atlanticpkg.com

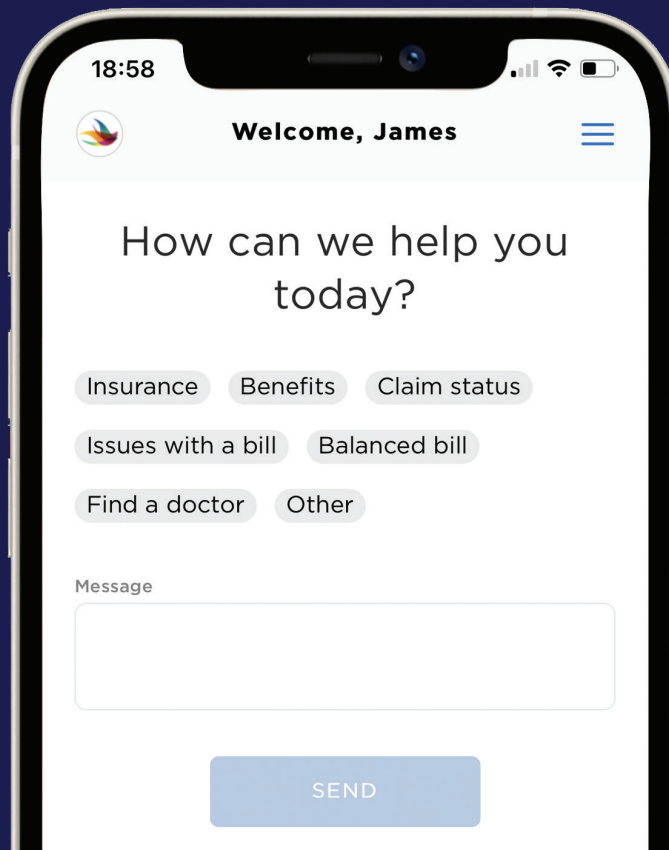
### Preguntas Generales

atlanticpackaging@marathon-health.com

### Salud Conductual

**Tiffany Huggins** | 910-500-6846 | thuggins@marathon-health.com

lunes 8a-6p, martes 12p-4p, miércoles 9a-1p, jueves 9a-12p



**Your Narus Health Concierge:**  
Call 888-585-3309

Members get a dedicated phone number and can talk to a care team member Monday–Friday from 7 a.m. to 7 p.m. CST and get direct help with various healthcare-related needs.

### Members have access to the Narus Health Concierge Care team to:

- Find a doctor or specialist
- Discuss a health concern
- Get help with a bill or explanation of benefits (EOB)
- Request a medication refill
- Ask questions about co-pays and claims
- Get assistance with various provider issues (e.g. list of network providers, scheduling appointments, providing VOB, nominate provider for network, etc.)
- Find a facility that will accept Lucent Health-contracted insurance benefits
- Navigate pre-certification issues
- Get support when a facility pushes back on accepting coverage
- Coordinate with Lucent Health resources to conduct payment at point of scheduling
- Request a new or replacement ID card

### The Concierge Care Program

is designed for direct member engagement—the Care Support Team is available to respond to plan member needs securely and confidentially, as they reach out via phone or mobile text messaging.

The Care Support Team also has direct access to internal Lucent Health resources to help resolve matters efficiently and effectively.

### Concierge:

Member #: **888-585-3309**

Website: **[www.narushealth.com/concierge](http://www.narushealth.com/concierge)**