



Guía de Beneficios

2024-2025



CONFIDENCIAL Y PROPIEDAD PRIVADA: Este documento y la información contenida en él son información confidencial y exclusiva de USI Insurance Services, LLC ("USI"). El destinatario acepta no copiar, reproducir ni distribuir este documento, en su totalidad o en parte, sin el consentimiento previo por escrito de USI. Las estimaciones son ilustrativas dada la limitación de datos, pueden no ser acumulativas y están sujetas a cambios según la evaluación de la aseguradora. © 2024 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados.

Contenidos

Mensaje de Recursos Humanos	3
Elegibilidad.....	4
Sitio web de beneficios.....	4
Seguro médico.....	5
Medicamentos recetados.....	6
Contribuciones de los empleados	6
<i>Pathways Concierge Member Advocacy</i>	7
Cómo leer la Explicación de Beneficios (EOB).....	8
Iniciativa de Bienestar de Atlantic Packaging.....	9
Telemedicina.....	10
Seguro dental.....	11
Seguro de visión.....	12
Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental & Desmembramiento (AD&D).....	13
Seguro Suplementario de Vida y Muerte Accidental & Desmembramiento (AD&D).....	13
Discapacidad.....	15
Beneficios voluntarios	16
Plan de protección de identidad de Allstate	17
Programa de asistencial al empleado.....	18
Días festivos.....	18
Tiempo libre remunerado (PTO)	18
Política de licencia por maternidad.....	19
Plan de jubilación.....	20
Beneficios adicionales	20
Información del contacto	21
NOTIFICACIONES REQUERIDAS.....	22
Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP).....	31
Resumen de beneficios y cobertura (SBC)	37



Mensaje de Recursos Humanos

En Atlantic Packaging, reconocemos que nuestro éxito depende de nuestra fuerza laboral talentosa y dedicada. Entendemos la contribución que cada empleado hace a nuestros logros y, por lo tanto, nuestro objetivo es brindar un programa integral de beneficios competitivos para atraer y retener a los mejores empleados disponibles. A través de nuestros programas de beneficios, nos esforzamos por satisfacer las necesidades de nuestros empleados y sus dependientes al brindar un programa de beneficios que sea fácil de entender, fácil de acceder y asequible para todos nuestros empleados. Esta guía lo ayudará a elegir el tipo de plan y el nivel de cobertura adecuados para usted.

Atlantic Packaging ofrece planes médicos, dentales, de visión, vida y discapacidad, así como cobertura por accidente, enfermedades graves, indemnización hospitalaria y robo de identidad. Esta guía de beneficios le brindará información sobre sus opciones de beneficios de salud y bienestar para el año del plan 2024-2025. Lea esta información con atención. Para obtener detalles completos sobre nuestros planes, consulte las descripciones resumidas de los planes.

Este documento contiene una descripción general de los beneficios a los que es elegible como empleado de Atlantic Packaging. Esta descripción no pretende proporcionarle todos los detalles de estos beneficios. Sus derechos solo se pueden determinar consultando el texto completo de los documentos oficiales del plan, que están disponibles mediante solicitud al Departamento de Recursos Humanos. Si alguna de la información contenida en este documento no coincide con los documentos oficiales del plan, las disposiciones de los documentos oficiales regirán en todos los casos. Este documento no pretende ser una descripción resumida del plan.

Tenga en cuenta que nada de lo contenido en los planes de beneficios descritos en este documento se considerará ni se interpretará como una promesa de empleo o beneficios futuros, o un contrato vinculante entre la empresa y sus empleados o sus dependientes, para beneficios o para cualquier otro propósito. Todos los empleados seguirán sujetos a despido o disciplina en la misma medida que si estos planes no se hubieran puesto en marcha y también son libres de renunciar en cualquier momento. Los beneficios son solo para empleados elegibles: los empleados a tiempo parcial o los empleados de agencias de personal de terceros no son elegibles para los beneficios para empleados.

Elegibilidad

Empleados elegibles:

Puede inscribirse en el programa de beneficios de Atlantic Packaging si es un empleado regular de tiempo completo que trabaja al menos 30 horas por semana.

Dependientes elegibles:

Si usted es elegible para nuestros beneficios, entonces sus dependientes también lo son. En general, los dependientes elegibles incluyen a su cónyuge e hijos hasta los 26 años. Si su hijo tiene una discapacidad física o mental, la cobertura puede continuar más allá de los 26 años una vez que se proporcione prueba de la discapacidad actual. Los hijos pueden incluir hijos naturales, adoptados, hijastros e hijos obtenidos a través de la tutela legal designada por un tribunal.

Cuando comienza la cobertura:

Los empleados recién contratados y sus dependientes serán elegibles para los beneficios de Atlantic Packaging el primer día del mes siguiente a los 60 días de servicio continuo. Todas las elecciones están vigentes durante todo el año del plan y solo se pueden cambiar durante la inscripción abierta, a menos que experimente un evento de cambio de estado familiar.

Cambio de estado familiar:

Un cambio en el estado familiar es un cambio en su vida personal que puede afectar su elegibilidad o la elegibilidad de sus dependientes para los beneficios. Algunos ejemplos de cambios calificados incluyen:

- Cambio de estado civil (p.ej.: matrimonio, divorcio, fallecimiento, separación legal)
- Cambio en el número de dependientes (p.ej.: nacimiento, adopción, fallecimiento, birth, adoption, death of dependent, inegible por edad)
- Cambio en el empleo o situación laboral (el cónyuge pierde el trabajo, etc.)

Si se produce un cambio calificado, debe realizar los cambios necesarios dentro de los 30 días posteriores a la fecha del evento. Es posible que se requiera documentación para verificar el cambio de estado. Si no solicita un cambio de estado dentro de los 30 días posteriores al evento, es posible que tenga que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta para realizar el cambio. Comuníquese con Recursos Humanos para realizar estos cambios.

Los nuevos empleados son elegibles para los beneficios el primer día del mes siguiente a 60 días de servicio continuo.



Sitio web de beneficios

Visite el sitio web de beneficios de Recursos Humanos de Atlantic en <https://atlanticpkg.hrbenefits.net/> para obtener más información sobre nuestros beneficios, el programa de bienestar y cómo inscribirse. ¡También hay enlaces a los documentos del plan, resúmenes de beneficios y mucho más!

Seguro médico



Atlantic Packaging ofrece cobertura médica administrada por, Health Plans, Inc. La tabla a continuación proporciona un breve resumen de los beneficios. Consulte la descripción resumida del plan para obtener detalles completos del plan.

	Health Plans, Inc. (TPA) Plan médico
	Beneficios
Deducible anual	
Individual	\$500
Familia	\$1,000
Coseguro	20%
Desembolso máximo*	
Individual	\$2,500
Familia	\$5,000
Visitas médicas	
Médico de atención primaria	\$25 copago
Especialista	\$50 copago
Teladoc	\$0 copago
Cuidado preventivo	
Examen físico anual para adultos	Cubierto al 100%
Examen rutinario de niño sano	Cubierto al 100%
Servicios diagnósticos	
Rayos-x y pruebas de laboratorio	Deducible luego 20%
Radiología compleja	Deducible luego 20%
Centro de atención urgente	\$50 copago
Cargos de la instalación de sala de emergencia	\$250 copago para la primera visita, deducible luego 20% para las visitas subsiguientes
Cargos por hospitalización	Deducible luego 20%
Cargos quirúrgicos y del centro ambulatorio	Deducible luego 20%
Salud mental	
Paciente internado	Deducible luego 20%
Paciente ambulatorio	\$25 copago
Abuso de sustancias	
Paciente internado	Deducible luego 20%
Paciente ambulatorio	\$25 copago
Otros servicios	
Quiropráctico	\$50 copago (30 visitas combinadas con otras terapias ambulatorias por año del plan)
Acupuntura	\$50 copago

Medicamentos recetados

Nuestros beneficios de medicamentos recetados son proporcionados por OptumRx y administrados por RxBenefits, Inc. Hay más de 64,000 farmacias en la red de farmacias. Puede acceder a una copia de la lista de medicamentos preferidos y las exclusiones del formulario más recientes en www.optumrx.com o llamando a RxBenefits al 1-800-334-8134.



Farmacia (suministro de 30 días)	
Genérico (Nivel 1)	\$10 copago
Marca preferida (Nivel 2)	30% hasta \$100
Marca no preferida (Nivel 3)	50% hasta \$250
Farmacia (suministro de 90 días)	
Genérico (Nivel 1)	\$30 copago
Marca preferida (Nivel 2)	30% hasta \$300
Marca no preferida (Nivel 3)	50% hasta \$750
Pedido por correo (suministro de 90 días)	
Genérico (Nivel 1)	\$20 copago
Marca preferida (Nivel 2)	30% hasta \$200
Marca no preferida (Nivel 3)	50% hasta \$500
Especializados (suministro de 30 días)	
Los medicamentos especializados deben solicitarse a través de Briova Rx al 1-800-850-9122 y están limitados a un suministro de 30 días.	50% hasta \$250

Contribuciones de los empleados

Contribución semanal del empleado				
	Menos de 5 años de servicio		Más de 5 años de servicio	
	Tasa estándar	Tasa de bienestar*	Tasa estándar	Tasa de bienestar*
Empleado	\$50.30	\$41.75	\$40.02	\$18.41
Empleado + Cónyuge	\$138.90	\$106.95	\$113.97	\$78.64
Empleado + Hijo(s)	\$106.72	\$78.97	\$87.31	\$57.62
Empleado + Familia	\$226.23	\$178.72	\$205.65	\$156.30
Contribución mensual del empleado				
	Menos de 5 años de servicio		Más de 5 años de servicio	
	Tasa estándar	Tasa de bienestar*	Tasa estándar	Tasa de bienestar*
Empleado	\$217.98	\$180.92	\$173.43	\$79.78
Empleado + Cónyuge	\$601.88	\$463.44	\$493.87	\$340.77
Empleado + Hijo(s)	\$462.45	\$342.21	\$378.33	\$249.70
Empleado + Familia	\$980.34	\$774.47	\$891.17	\$677.29

* Las primas de bienestar se basan en la participación en el programa.

Pathways Concierge Member Advocacy

El programa Concierge Care Pathways de HPI, le ayuda a navegar por las complejidades de la atención médica. Pathways trabaja para usted y coordina sus necesidades de atención con médicos, cuidadores y farmacéuticos.

Cuando se trata de su atención médica, lo tenemos cubierto.

Ya sea en línea o por teléfono, estamos a su disposición.

Llame al servicio de enlace de itinerarios de HPI si necesita ayuda. Podemos responder preguntas como:

- ¿Qué beneficios tengo?
- ¿Mi proveedor aceptará mi seguro?
- ¿Cómo puedo encontrar un nuevo médico en mi red de PPO?
- ¿Qué sucede si mi proveedor me pide que pague con anticipación?
- ¿A qué hospitales o centros puedo acudir?
- ¿Qué hago si recibo una factura?

888-811-3419 De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (ET)

Fuera del horario de atención, conéctese a su portal seguro para afiliados **My Plan** en hpiTPA.com.

Sepa dónde acudir cuando necesite atención médica.

Hay dos cosas importantes que debe saber sobre su plan:

1. Puede acudir a cualquier hospital o centro que acepte Precios Basados en Referencias (PBR).
2. Puede acudir a médicos y proveedores que pertenezcan a su red de Organización de Proveedores Preferentes (PPO) (o que acepten PBR si no pertenecen a la PPO).

Lo que debe hacer antes de recibir atención*:



Antes de las citas: asegúrese de que sus proveedores participan en su red de PPO. Si no es así, seguirá teniendo cobertura, pero debe comprobar si aceptan el proceso PBR para obtener el mejor costo.



Antes de programar un procedimiento o servicio en un hospital o centro: pida a su proveedor que llame para certificar previamente sus servicios y, luego, compruebe si es un proveedor compatible con PBR.

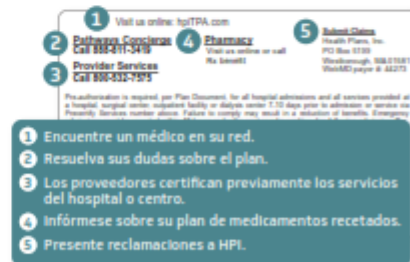
Cómo hacerlo:

- llame al **servicio de enlace de itinerarios**, o
- acceda a su cuenta de **My Plan** y haga clic en los enlaces que aparecen en **My Provider Network(s)**.

Un resumen de PBR.

PBR es un proceso de pago que consiste en reembolsar a los hospitales, centros y algunos médicos en función del valor y la calidad de la atención. Su plan y su proveedor acuerdan un precio basado en los costos de Medicare, más un porcentaje. Antes de programar un procedimiento o servicio en un hospital o centro, compruebe si es compatible con PBR y certifique previamente sus servicios para evitar que le facturen el saldo.

Su tarjeta de afiliado contiene información importante de contacto y del plan para usted y sus proveedores:



Modelo de reverso de tarjeta de afiliado



Escanee el código para ponerse en contacto con el servicio de enlace de itinerarios

100029_3

Servicio de enlace de itinerarios

 **888-811-3419** De lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. (ET)

 pathwaysconciierge@urmedwatch.com

 hpiTPA.com

*Si tiene una urgencia médica, llame al 911 o acuda al servicio de urgencias más cercano.



Contacto: 888-296-7179 | hpiTPA.com

Cómo leer la Explicación de Beneficios (EOB)

Si recibe una factura que indica que debe más de lo que indica la EOB, se trata de una factura de saldo. Las facturas de saldo deben enviarse al Concierge de Pathways, junto con la EOB. Ellos trabajan directamente con el Centro de Defensa del Paciente (PAC) en HST para resolver su factura de saldo. Continúe enviando cualquier factura que reciba después de enviar la factura inicial. Si siente que no está recibiendo el nivel adecuado de atención de nuestros socios, comuníquese con Eryn Johnson a Erynt@atlanticpkg.com o 910-398-6174.

Ejemplo de EOB

Nombre de su Empleador
Apartado Postal 5199
Westborough, MA 01581

Servicio de Reenvío Solicitado

MARY A. DOE
123 MAIN STREET
LITTLETON, CO
LITTLETON, MA 01000

Explicación de Beneficios

GUARDE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS
ESTA NO ES UNA FACTURA

Número de teléfono de Servicio al Cliente fácil de localizar

Servicio al Cliente

Para obtener más información, visite healthplansinc.com o comuníquese a Servicio al Cliente al XXX-XXX-XXXX

Nombre del Grupo: NOMBRE DEL PLAN DE SU EMPLEADOR
Código del Grupo: XXX-ZD1
Fecha del Proceso: 27/02/2018
Paciente: JOHN W. DOE

Paciente: JOHN W. DOE Proveedor: ABC MRI DIAGNOSTICS, LLC
Demanda #: 216268W6200 Miembro: MARY A. DOE

Fecha de los Tratamientos	Código del Procedimiento	Monto del Cargo	Sin cobertura	Código de Razón	Monto Permitido	Monto Deducible	Monto del Copago	Pagado En	Monto del Pago
02/03-02/03/2018	70543	\$1700.00	\$0.00	HP	\$1472.85	\$558.15	\$0.00	90%	\$623.23
Totales de las Columnas		\$1700.00	\$0.00		\$1472.85	\$558.15	\$0.00		\$623.23

*Responsabilidad del Paciente... **\$649.62**

Otros Créditos o Ajustes del Seguro \$0.66
*Monto Total del Costeo \$71.47
Monto Total del Pago \$623.23

Esto corresponde al paciente. No refleja los pagos que usted pueda haber realizado directamente a su proveedor.

Montos separados de copagos y deducibles

Código/Descripción de la Razón	Los códigos de razón explican cómo se procesó un cargo
HP SU DESCUENTO DE RED APLICADO	

2018 Year-to-Date Plan Accumulators	Descripción del acumulador	Caricado hasta la Fecha	Máximo
JOHN W. DOE Deducible Individual Dentro de la Red		\$750.00	\$750.00
JOHN W. DOE Gastos en Efectivo Individuales Dentro de la Red		\$841.47	\$2250.00
JOHN W. DOE Deducible Individual Fuera de la Red		\$0.00	\$1250.00
JOHN W. DOE Gastos en Efectivo Individuales Fuera de la Red		\$0.00	\$3000.00
Deducible Familiar Dentro de la Red		\$1500.00	\$1500.00
Gastos en Efectivo Familiar Dentro de la Red		\$1672.05	\$4500.00
Deducible Familiar Fuera de la Red		\$0.00	\$2500.00
Gastos en Efectivo Familiar Fuera de la Red		\$0.00	\$6000.00

Los montos aplicados a su deducible y a su gastos máximos en efectivo se muestran aquí

Mensajes

Tiene derecho a apelar cualquier denegación o denegación parcial de una reclamación. En el reverso de esta página encontrará información sobre sus derechos de apelación.

Comentarios

CONFORME AL CONTRATO DE LA RED, EL AFILIADO NO ES RESPONSABLE DE LOS DESCUENTOS EN LOS PRECIOS.

Iniciativa de Bienestar de Atlantic Packaging

En Atlantic, nos preocupamos por su salud y bienestar. Ya sea que su objetivo sea tener más energía, perder peso, controlar el estrés o mejorar su dieta, el programa de bienestar de Atlantic Packaging puede ayudarlo. Consideramos que el bienestar es una parte vital de nuestro programa de beneficios.



Queremos seguir alentando a todos la posibilidad de avanzar hacia una vida más saludable. Una de las áreas en las que es importante centrarse es en el cuidado preventivo. Piense en el cuidado preventivo como si estuviera cuidando su automóvil. No sabe lo que está pasando hasta que mira debajo del capó y cada año necesita cambiar el aceite, rotar los neumáticos y llenarlo de gasolina para que funcione bien y dure mucho tiempo. Su cuerpo no es diferente.

Creemos que la mejor atención médica es la atención preventiva. Es importante que todos los miembros de la familia Atlantic tengan un proveedor de atención médica que pueda establecer una línea de base para su salud y estar presente para ayudar a identificar los primeros signos de cáncer, enfermedades crónicas e incluso depresión o ansiedad. Por lo tanto, continuaremos con nuestro Programa de Incentivos de Bienestar que le permite obtener un descuento en su prima médica al completar estas 4 actividades preventivas antes del 31 de agosto de 2025:

1. Completar una evaluación biométrica
 - Se realizarán evaluaciones biométricas en situ en la mayoría de las sucursales en octubre de 2024.
 - Si no completa su evaluación biométrica en un evento de evaluación, su médico puede completar su evaluación durante su examen físico anual.
2. Completar un examen físico anual *
 - Esto se puede hacer en el Centro de Bienestar Carter para empleados de la ciudad de Tabor o con su propio médico de atención primaria
3. Realice un examen preventivo, limpieza dental o examen de la vista indicados según su edad y género*
 - Las siguientes actividades califican como un examen preventivo:
 - Mamografía
 - Colonoscopia
 - Examen de mujer
 - Examen de próstata
 - Examen dental / evaluación
 - Examen preventivo de la piel
 - Examen de la vista
4. Completar una cita de *One Health Coaching* o de salud conductual
 - Estas citas pueden ser hechas en el portal de Marathon Health con su entrenador de salud o con Tiffany, nuestra especialista dedicada de salud conductual.

Los empleados deberán cumplir con los requisitos del programa durante el año del plan 2024-2025 para recibir el descuento de bienestar en la prima médica el próximo año, 2025-2026. Sin embargo, si no cumple con la fecha límite del 31 de agosto, ajustaremos su prima una vez que complete los 4 requisitos dentro del año del plan. Para obtener más información sobre nuestro programa de incentivos de bienestar y todos nuestros iniciativas de bienestar, visite el sitio web de bienestar en <https://atlanticpkg.hrbenefits.net/wellness>.

* El examen físico y preventivo anual debe verificarse con un formulario que se envía a Marathon Health. Para obtener una copia de estos formularios, visite el sitio web de Recursos Humanos de Atlantic en <https://atlanticpkg.hrbenefits.net/wellness>.

Telemedicina



Teladoc es un servicio innovador disponible para cualquier empleado inscrito en el plan médico de Atlantic Packaging y sus dependientes cubiertos. Teladoc brinda acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a médicos y pediatras calificados a través de la comodidad de una consulta telefónica o por video sin costo para usted.

Teladoc no pretende reemplazar a su médico de cabecera, pero es una opción conveniente para recibir atención médica de calidad que no sea de emergencia. Los médicos de Teladoc pueden tratar muchas afecciones, entre ellas:

- Síntomas de gripe y resfriado
- Bronquitis
- Infección respiratoria
- Hiedra venenosa
- Infección de oído
- Alergias
- Infección del tracto urinario
- Problemas sinusales
- Conjuntivitis
- ¡y más!

Con su consentimiento, después de la "visita" con Teladoc ellos pueden compartir información sobre la consulta a su médico de atención primaria.

Las consultas médicas generales, dermatológicas y nutricionales están cubiertas por \$0 para los miembros inscritos en el plan médico de Atlantic.

Puede solicitar una visita llamando al 1-855-835-2362, iniciando sesión en www.teladoc.com o, a través de la aplicación móvil de Teladoc.



Seguro dental



Atlantic Packaging ofrece cobertura dental a través de Delta Dental. La tabla a continuación es un breve resumen del plan. Consulte la descripción resumida del plan para conocer todos los detalles del plan. Si bien la cobertura es la misma dentro y fuera de la red, pagará menos de su bolsillo si visita a un proveedor dentro de la red de Delta Dental. Visite www.deltadental.com para localizar un dentista dentro de la red.



	Delta Dental	
	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
Deducible anual		
Individual	\$50	\$50
Familia	\$150	\$150
¿Exento para atención preventiva?	Sí	Sí
Beneficio máximo anual		
Por persona cubierta	\$1,500	\$1,500
Preventivo y Diagnóstico* - Examen bucal, limpieza, todas las radiografías, aplicación tópica de solución de flúor para niños dependientes de hasta 19 años, mantenedores de espacio, selladores para niños de hasta 16 años	100%	100%
Básico – Extracciones, empastes, cirugía oral, servicios de laboratorio necesarios para los procedimientos, anestesia general, atención endodóntica y periodontal.	80%	80%
Mayor – coronas, incrustaciones, puentes, prótesis dentales, implantes	50%	50%
Ortodoncia (hijos dependientes cubiertos hasta los 19 años)		
Porcentaje de beneficio	50%	50%
Beneficio máximo de por vida	\$1,000	\$1,000

* Incentivo preventivo: los servicios de diagnóstico y prevención no cuentan para el máximo anual

Contribución del empleado	Mensual	Semanal
Empleado	\$31.23	\$7.21
Empleado + Cónyuge	\$69.29	\$15.99
Empleado + Hijo(s)	\$66.87	\$15.43
Empleado + Familia	\$121.78	\$28.10

Seguro de visión



Atlantic Packaging ofrece a los empleados y a sus dependientes elegibles la opción de comprar un seguro de la vista a través de Superior Vision. La tabla a continuación es un breve resumen del plan. Consulte la descripción resumida del plan para conocer todos los detalles completos del plan.

Superior Vision	
Copago	
Examen rutinario (anual)	\$10
Materiales de visión	
Copago para los materiales	\$25
Lentes	El beneficio varía dependiendo del tipo de lente. Cubierto cada 12 meses
Lentes de contacto <i>Cubierto en lugar de marcos.</i> Las lentes médicamente necesarias pueden estar cubiertas a un nivel más alto.	Lentes de contacto electivas están cubiertas hasta \$150 Cubierto cada 12 meses
Marcos	Cubierto hasta \$150 cada 12 meses

Contribución del empleado	Mensual	Semanal
Empleado	\$6.90	\$1.59
Empleado + Cónyuge	\$13.11	\$3.03
Empleado + Hijo(s)	\$13.80	\$3.18
Empleado + Familia	\$20.18	\$4.66



Seguro Básico de Vida y Muerte Accidental & Desmembramiento (AD&D)



Atlantic Packaging ofrece beneficios básicos de vida y AD&D a empleados elegibles sin costo alguno para el empleado. El beneficio del seguro de vida se pagará a su beneficiario designado en caso de muerte mientras esté cubierto por el plan. El beneficio AD&D se pagará en caso de pérdida de la vida o de una extremidad por accidente mientras esté cubierto por el plan.

Voya Financial	
Empleado - Seguro Básico de Vida y AD&D	
Beneficio máximo	\$50,000
Emisión garantizada	\$50,000



Seguro Suplementario de Vida y Muerte Accidental & Desmembramiento (AD&D)



Voya Financial	
Empleado – Seguro Suplementario de Vida y AD&D	
Incremento de beneficio	\$1,000
Beneficio máximo	\$500,000
Emisión garantizada	Menor entre 2 veces el ingreso anual o \$350,000
Cónyuge – Seguro Suplementario de Vida y AD&D	
Incremento de beneficio	\$1,000
Beneficio máximo	50% de la elección del empleado o \$250,000
Emisión garantizada	\$50,000
Dependiente – Seguro Suplementario de Vida y AD&D	
Beneficio máximo	\$10,000
Emisión garantizada	\$10,000

Además de la cobertura básica de vida y AD&D pagada por el empleador, tiene la opción de comprar un seguro de vida adicional para cubrir cualquier brecha en su cobertura existente que pueda ser resultado de cronogramas de reducción de edad, costo de vida, obligaciones financieras, etc. Su elección, sin embargo, podría estar sujeta a preguntas médicas y evidencia de asegurableidad.

Puede adquirir un seguro de vida y de muerte accidental y desmembramiento adicional con Voya Financial si desea más cobertura. Sus contribuciones dependerán de su edad y del

monto de cobertura que elija.

Todos los empleados que cumplan con los requisitos tienen la opción de adquirir cobertura en incrementos de \$1,000 hasta un máximo de \$500,000. Como nuevo empleado, puede elegir hasta el menor entre 2 veces sus ingresos anuales o \$350,000 sin proporcionar evidencia de asegurableidad. El beneficio por muerte accidental y desmembramiento debe coincidir con el beneficio de vida.

Los empleados también pueden extender la cobertura de vida y AD&D a su cónyuge y sus dependientes hasta los 26 años. Todos los empleados elegibles tienen la opción de comprar incrementos de \$1,000 hasta el menor de los siguientes montos: 50 % de la elección de seguro de vida del empleado o \$250,000 para su cónyuge. Como nuevo empleado, puede elegir \$50,000 para su cónyuge sin proporcionar evidencia de asegurableidad. El beneficio por muerte accidental y desmembramiento debe coincidir con el beneficio de seguro de vida.

Puede elegir la cobertura de vida y de muerte accidental y desmembramiento de \$10,000 para sus dependientes menores de 26 años. El costo de asegurar a sus hijos es de \$2.90 por mes o \$0.67 por semana. Este costo es el mismo independientemente de cuántos hijos tenga.

Debe elegir cobertura para sí mismo para poder elegir cobertura para su cónyuge y dependientes.

A continuación se muestra una tabla de tarifas por franjas de edad por cada \$1,000 de cobertura para el seguro de vida del empleado y su cónyuge. La prima del seguro de vida suplementario para el cónyuge se basará en la edad del empleado.

Seguro Suplementario de Vida y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)		
Tasa por cada \$1,000		
Edad	Tasa semanal	Tasa mensual
<30	\$0.0138	\$0.06
30-34	\$0.0138	\$0.06
35-39	\$0.0254	\$0.11
40-44	\$0.0277	\$0.12
45-49	\$0.0369	\$0.16
50-54	\$0.0369	\$0.16
55-59	\$0.1038	\$0.45
60-64	\$0.1338	\$0.58
65-69	\$0.2538	\$1.10
70+	\$0.4084	\$1.77

Notar: Si su hijo también es empleado de Atlantic, no es elegible para la cobertura como dependiente. Si ambos padres son empleados de Atlantic, solo uno de ellos puede cubrir al niño o los niños con el beneficio de seguro de vida para dependientes.

Durante la inscripción abierta para el año del plan 2024-2025, los inscriptos actuales son elegibles para aumentar el beneficio de vida para empleados en hasta \$40,000 sin evidencia de asegurabilidad. Los inscriptos tardíos deben proporcionar una EOI para cualquier cobertura elegida. Los inscriptos actuales son elegibles para aumentar el beneficio vida para cónyuges en hasta \$10,000 sin evidencia de asegurabilidad. Los inscriptos tardíos deben proporcionar una EOI para cualquier cobertura elegida. Fuera de la inscripción anual, se requiere una EOI para cualquier aumento en la cobertura.

Beneficiario

Recuerde mantener actualizado a su beneficiario, tanto para el seguro básico de vida básico como para el suplementario, lo que puede hacerse en cualquier momento durante el año. Si está casado y vive en un estado de propiedad comunitaria, su compañía de seguros puede exigirle que designe a su cónyuge (o en algunos casos, a una pareja de hecho registrada) para al menos el 50 % del beneficio, a menos que tenga un aviso de exención registrado de su cónyuge. Consulte a su asesor legal o fiscal para obtener más orientación sobre este tema. El beneficiario puede ser diferente entre el seguro básico de vida y el suplementario.

¡Recordatorio importante!

Asegúrese de designar a un beneficiario o fideicomiso en vida para garantizar que sus bienes se distribuyan de acuerdo con sus

Discapacidad

Como empleado de Atlantic Packaging, puede optar por inscribirse en el plan de discapacidad a corto plazo o en el plan de discapacidad a largo plazo. Los planes de discapacidad le brindan protección financiera al pagar una porción de sus ingresos mientras está incapacitado debido a un accidente o enfermedad. El monto que recibe se basa en el salario que ganaba antes de que comenzara su discapacidad. **Durante la inscripción abierta para el año del plan 2024-2025, los empleados elegibles pueden elegir la cobertura STD sin proporcionar evidencia de asegurabilidad. Si renunció a la cobertura cuando fue elegible por primera vez y se inscribe en la cobertura LTD por primera vez, se requerirá evidencia de asegurabilidad.**

Seguro de discapacidad a corto plazo

Este beneficio cubre el 60 % de su salario base semanal hasta \$1,200 por semana. El beneficio comienza después de 7 días de lesión o enfermedad y dura hasta 12 semanas. Consulte la descripción resumida del plan para obtener detalles completos del plan.

Ejemplo de cálculo de prima por incapacidad a corto plazo:

Supongamos un salario base anual de \$30,000 para un empleado de 35 años al 1 de octubre.

1. $\$30,000 / 52 \text{ semanas} = \576.92 ingreso semanal
2. $\$576.92 * .60 = \346.15 beneficio semanal

Notar: Si su beneficio semanal es mayor que el beneficio máximo de \$1,200, use \$1,200 para continuar los cálculos en el paso 3.

3. $\$346.15 / 10$ (monto en base a \$10 de beneficio semanal) = \$34.62
4. $\$34.62 \times \0.0669 (tasa semanal para 35 años) = \$2.32 costo semanal

Incapacidad a corto plazo		
Tasa para cada \$10 de beneficio semanal		
Edad	Tasa semanal	Tasa mensual
<29	\$0.0738	\$0.32
30-39	\$0.0669	\$0.29
40-44	\$0.0692	\$0.30
45-49	\$0.0761	\$0.33
50-54	\$0.0923	\$0.40
55-59	\$0.1269	\$0.55
60+	\$0.1454	\$0.63

Seguro de discapacidad a largo plazo

El seguro de incapacidad a largo plazo brinda protección de ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión no relacionada con el trabajo. Este beneficio cubre el 60 % de su salario base mensual hasta \$5,000. Los pagos de beneficios comienzan después de 90 días de incapacidad. Consulte el certificado de cobertura para conocer la duración del beneficio. Consulte la descripción resumida del plan para conocer los detalles del plan.

Ejemplo de cálculo de prima por incapacidad a largo plazo:

Supongamos un salario base anual de \$30,000 para un empleado de 35 años al 1 de octubre.

1. $\$30,000 / 12 \text{ meses} = \$2,500$ sueldo mensual

Notar: Si su beneficio mensual es mayor de \$8,333, use \$8,333 para continuar con los cálculos en el paso 2)

2. $\$2,500 / 100$ (monto en base de \$100 de beneficio mensual) = \$25
3. $\$25 \times \0.0715 (tasa semanal para 35 años) = \$1.79 costo semanal

Incapacidad a largo plazo		
Tasa para cada \$100 de beneficio mensual		
Edad	Tasa semanal	Tasa mensual
<25	\$0.0300	\$0.13
25-29	\$0.0346	\$0.15
30-34	\$0.0484	\$0.21
35-39	\$0.0715	\$0.31
40-44	\$0.0992	\$0.43
45-49	\$0.1569	\$0.68
50-54	\$0.2215	\$0.96
55-59	\$0.2792	\$1.21
60+	\$0.2792	\$1.21



Beneficios voluntarios



Como empleado elegible para los beneficios de Atlantic Packaging, puede comprar un seguro voluntario de indemnización por accidentes, enfermedades graves y hospitalización a través de Voya Financial.

Seguro contra accidentes	<p>El seguro contra accidentes le paga beneficios por lesiones y eventos específicos que resulten de un accidente cubierto que ocurra en la fecha de vigencia o después. El monto del beneficio depende del tipo de lesión y atención recibida. Las características incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Emisión garantizada: No se requieren preguntas ni pruebas médicas.• Flexible: Puedes utilizar los pagos de beneficios para cualquier propósito que desees• Portátil: Si deja su empleador actual o se jubila, puede llevar su cobertura consigo.• Incluye un beneficio de bienestar de \$75 por completar una prueba rutinaria de salud.
Seguro de enfermedades graves	<p>El seguro de enfermedades graves paga un beneficio de suma global si se le diagnostica una enfermedad o afección cubierta en la fecha de vigencia o después. La cobertura está disponible para usted y sus dependientes elegibles. Las características incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none">• Emisión garantizada: No se requieren preguntas ni pruebas médicas• Flexible: Puedes utilizar los pagos de beneficios para cualquier propósito que desees• Portátil: Si deja su empleador actual o se jubila, puede llevar su cobertura consigo.• Incluye un beneficio de bienestar de \$75 por completar una prueba rutinaria de salud.
Seguro de indemnización hospitalaria	<p>Hospital indemnity insurance provides a fixed daily benefit payment if you have a covered stay in a hospital, critical care unit, or rehabilitation facility beginning on or after your coverage effective date. Features include:</p> <ul style="list-style-type: none">• Emisión garantizada: No se requieren preguntas ni pruebas médicas• Flexible: Puedes utilizar los pagos de beneficios para cualquier propósito que desees• Portátil: Si deja su empleador actual o se jubila, puede llevar su cobertura consigo.• Incluye un beneficio de bienestar de \$75 por completar una prueba rutinaria de salud.



Plan de protección de identidad de Allstate

Dado que gran parte de nuestra vida diaria transcurre en línea, es más importante que nunca estar conectados. Pero compartir más información en línea significa que más datos personales pueden estar en riesgo. De hecho, 1 de cada 6 estadounidenses se vio afectado por un delito de identidad en 2020.

El robo de identidad le puede pasar a cualquiera. Por eso, Atlantic ofrece el plan de protección de identidad de Allstate como beneficio. Así, usted puede estar preparado y ayudar a proteger su identidad y sus finanzas de una gama cada vez mayor de amenazas.

Atlantic ofrece dos opciones de plan con Allstate. Con Allstate Identity Protection Pro+ Cyber, obtienes los mismos beneficios del plan Pro+ con más protección para tus dispositivos electrónicos.

Allstate Identity Protection Pro+

- Digital Footprint de Allstate®, nuestra herramienta de privacidad patentada, muestra dónde se encuentra tu información en línea y cómo podría quedar expuesta[‡]
- Monitoreo exhaustivo de la identidad y las finanzas
- El Estado de Identidad te ofrece una visión general de tu riesgo
- Security Pro de Allstate® ofrece actualizaciones y información sobre estafas y amenazas emergentes relevantes para ti
- Monitoreo de apropiación de cuentas de redes sociales
- Herramientas de seguridad digital familiar que incluyen filtrado web, gestión del tiempo de pantalla y localización para ayudar a mantener a los niños seguros^{Δ‡}
- Bloqueador de llamadas automáticas[‡]
- Bloqueador de anuncios[‡]
- Monitoreo de crédito por tres agencias con informe anual y puntaje crediticio
- Bloquea tu informe crediticio TransUnion con un clic y obtén asistencia para congelar tu crédito
- Monitoreo de la *dark web*
- Centro contra el Fraude a Adultos Mayores
- Servicio completo de restauración de identidad
- Hasta un millón de dólares en reembolso de gastos por fondos robados y gastos de bolsillo debido al robo de identidad[‡]

Allstate Identity Protection Pro+ Cyber Obtén todas las funciones de Pro+ con protección cibernética añadida

- Herramientas de protección de dispositivos* para hasta 5 dispositivos:
 - Protección antimalware y antivirus
 - Herramientas para dispositivos perdidos y robados^{†††}
 - Navegación segura
 - Protección contra phishing^{††}
 - Antirrastreo^{†††}
 - Cortafuegos^{††}
 - Protección de cámaras web^{††}
 - Pago seguro^{††}
 - Protección de relojes inteligentes Android^{††}
 - Destructor de archivos^{††}
- VPN premium con más de 4000 servidores para estar seguro sin ralentizaciones
- Seguridad de red y gestor de contraseñas
- Seguridad digital familiar ampliada para incluir el monitoreo de más de 30 apps y sitios web en busca de peligros como el ciberacoso^{Δ‡}
- La cobertura incluye reembolso de gastos por ransomware^{††}

Android
 †† Windows
 ††† Windows, macOS, iOS
 †††† Windows, Android, iOS
 Δ Solo disponible con un plan familiar.
 ‡ El seguro de robo de identidad que cubre el reembolso de gastos y fondos robados está suscrito por American Bankers Insurance Company of Florida, una compañía de Assurant. La presente descripción es un resumen y está destinada únicamente a fines informativos y no incluye todos los términos, condiciones y exclusiones de las pólizas descritas. Por favor, consulta los términos, condiciones y exclusiones de la cobertura en las pólizas reales. La cobertura puede no estar disponible en todas las jurisdicciones.
 † Algunas funciones requieren activación adicional. En los planes familiares, la activación de funciones como el bloqueador de llamadas automáticas (hasta 10 números de teléfono), el bloqueador de anuncios, la ciberseguridad (hasta 10 dispositivos) y las funciones de seguridad digital familiar solo puede realizarse a través de la cuenta del suscriptor principal. Las funciones de gestión de la privacidad cubren hasta cinco direcciones de correo electrónico.
 Los productos y funciones están sujetos a cambios. Ciertas funciones requieren activación adicional y pueden tener términos adicionales.
 La Protección de Identidad de Allstate es ofrecida y provista por InfoArmor, Inc, una subsidiaria de The Allstate Corpora



Contribución del empleado	Pro+		Pro+ Cyber	
	Mensual	Semanal	Mensual	Semanal
Empleado	\$7.95	\$1.83	\$9.95	\$2.30
Empleado + Familia	\$13.95	\$3.22	\$17.95	\$4.14

Programa de asistencial al empleado

Disponible cuando está inscrito en la cobertura de seguro de vida a término grupal a través de Voya, los servicios del Programa de asistencia al empleado (EAP, por sus siglas en inglés) son ofrecidos por Atlantic Corporation of Wilmington Inc. y provee soluciones confidenciales a los desafíos de la vida sin costo adicional para usted.

Apoyo emocional confidencial

Nuestros médicos altamente capacitados están disponibles para brindar asesoramiento por teléfono. Encuentre ayuda para la ansiedad, la depresión, el duelo y los ajustes de la vida, los conflictos en las relaciones y más.

Ayuda en cualquier momento y en cualquier lugar

Para acceder a sus servicios del EAP las 24 horas del día, los 7 días de la semana, así como a artículos, podcasts y videos, puede visitar: guidanceresources.com y usar el ID Web: My5848i

Descargue la aplicación móvil desde Apple App Store o Google Play Store de Android buscando Guidance NowSM

Para recibir ayunda llame al 877-533-2363 o 800-697-0353 para TTY.

Días festivos

Atlantic Packaging ofrece dos (2) días festivos remunerados durante su período de orientación de 90 días, y todos los días festivos remunerados a partir de entonces (10 según el siguiente cronograma).

- Año Nuevo
- Viernes Santo
- Día de los Caídos
- *Juneteenth*
- Día de la Independencia
- Día del Trabajo
- Acción de Gracias (2 días)
- Navidad (2 días)



Tiempo libre remunerado (PTO)

Los beneficios de tiempo libre remunerado tienen como objetivo brindarles a los empleados un descanso anual y un cambio de actividades para promover un bienestar físico y mental. Se alienta a todos los empleados a que tomen la totalidad de su tiempo libre acumulado cada año.

Después de un período inicial de 18 meses, cada empleado a tiempo completo recibirá 15 días de PTO (incluye vacaciones, licencia por enfermedad y tiempo personal) y 5 días de PTO adicionales después de 15 años de servicio.



Política de licencia por maternidad

La licencia por maternidad en virtud de esta política es una licencia remunerada que se utiliza en el momento del nacimiento del hijo de una empleada. Tienen derecho a ella las empleadas a tiempo completo con al menos un año completo de servicio a partir de la fecha del nacimiento.

Las empleadas elegibles pueden tomar hasta ocho (8) semanas de licencia por maternidad. La licencia por maternidad varía según el tipo de parto y la integración con la cobertura por discapacidad a corto plazo (si corresponde):

Parto vaginal normal

- Semana 1 – 100% del salario base utilizando el tiempo libre remunerado del empleado (PTO)
- Semana 2-6 – 100% del salario base con el plan de incapacidad a corto plazo pagando el 60% y Atlantic pagando el 40%
- Semana 7-8 – 100% del salario base de Atlantic

Parto por cesárea:

- Semana 1 – del salario base utilizando el tiempo libre remunerado del empleado (PTO)
- Semana 2-8 – 100% del salario base con el plan de incapacidad a corto plazo pagando el 60% y Atlantic pagando el 40%

Si la empleada no tiene el plan de discapacidad a corto plazo:

- Semana 1 – del salario base utilizando el tiempo libre remunerado del empleado (PTO)
- Semana 2-8 – 100% del salario base de Atlantic

Beneficios del Plan Cafetería: Los beneficios del seguro se seguirán brindando durante la licencia por maternidad

Requisitos para obtener licencia paga: La empleada debe proporcionar a su supervisor un aviso por escrito con al menos sesenta (60) días de anticipación sobre la licencia de maternidad pendiente.

Integración con la FMLA: La FMLA se aplicará simultáneamente con la licencia por maternidad. En caso de que la empleada necesite más de ocho (8) semanas de licencia por el parto, quedarán disponibles cuatro (4) semanas de FMLA sin remuneración. Consulte la Política IV-8 para obtener detalles sobre la FMLA.



Plan de jubilación

Atlantic Packaging ofrece a los empleados la opción de contribuir a un plan 401K. Puede contribuir hasta el 100 % por período de pago. La empresa iguala el 30 % del primer 6 % diferido y se obtiene el 100 % de los derechos adquiridos de inmediato. Hay una variedad de opciones de inversión diversificadas disponibles. Los empleados son elegibles para la igualación en la próxima fecha de ingreso después de un (1) año de servicio como empleado de tiempo completo. Las fechas de ingreso son el 1 de enero y el 1 de julio. Hay dos opciones de diferimiento disponibles: 401K tradicional (antes de impuestos) y Roth (después de impuestos).

Los nuevos empleados tienen 30 días a partir de su fecha de contratación para realizar una elección de aplazamiento antes de ser INSCRITOS AUTOMÁTICAMENTE al 6 %. Para realizar sus elecciones de aplazamiento, inicie sesión en el sitio web de Principal en www.principal.com o llame al 800-986-3343 para hablar con un representante de atención al cliente.



Beneficios adicionales

MERCADO DE DESCUENTO PARA EMPLEADOS - LIFEMART

LifeMart es un mercado de descuentos en línea donde puede ahorrar dinero en todo tipo de productos y servicios, como flores, computadoras, boletos para parques temáticos y mucho más. Es un recurso de compras integral con cientos de socios y miles de ofertas de descuentos. Para acceder a LifeMart, vaya a: discountmember.lifecare.com e ingrese el código de registro: USI.



DEPOSITO DIRECTO DE NOMINA

Los empleados deben tener una cuenta corriente o de ahorros para que su cheque de nómina se deposite directamente. Esto es obligatorio, a menos que se encuentren en el estado de Michigan.



Información del contacto

Atlantic Packaging se complace en ofrecer acceso al Benefit Resource Center (BRC) de USI, que está diseñado para brindarle un enfoque práctico, coherente y receptivo a las consultas sobre beneficios. Los especialistas en beneficios están disponibles para investigar y resolver reclamos, problemas de elegibilidad no resueltos y cualquier otro problema de beneficios con el que pueda necesitar ayuda. Los especialistas en beneficios son profesionales experimentados y su principal responsabilidad es ayudarlo.

Los representantes del Benefit Resource Center están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del este y del centro, llamando al 855-874-0835 o por correo electrónico a BRCSouth@usi.com. Si necesita ayuda fuera del horario de atención habitual, deje un mensaje y uno de los especialistas en beneficios le devolverá la llamada o el mensaje de correo electrónico a la brevedad antes de que finalice el siguiente día hábil.

Servicio de atención al cliente del operador

A continuación, encontrará información adicional sobre los planes de beneficios. Comuníquese con Recursos Humanos para realizar cualquier cambio en sus beneficios que no esté relacionado con su inscripción inicial o anual.

BENEFICIO	COMPAÑÍA	TELÉFONO	SITIO WEB / CORREO ELECTRÓNICO
Conserjería médica	Pathways	1-888-296-7179	hpiTPA.com
Medicamentos recetados	OptumRx	1-800-334-8134	www.optumrx.com
Telemedicina	Teladoc	1-800-835-2362	www.teladoc.com
Programa de bienestar	Marathon Health	https://my.marathon-health.com/sign_in	
Dental	Delta Dental	1-800-662-8856	www.deltadentalinc.com
Visión	Superior Vision	1-800-507-3800	www.superiorvision.com
Vida y AD&D	Voya Financial	1-888-238-4840	https://presents.voya.com/EBRC/Home/AtlanticCorporation
Seguro Voluntario de Vida			
Incapacidad corto plazo (STD)	Voya Financial	1-888-464-3652	www.voya.absenceresources.com Si es la primera vez que utiliza el sitio web, regístrese con su número de empleado de 4 dígitos
Incapacidad largo plazo (LTD)			
FMLA			
EAP	Guidance Resources	1-877-533-2363	https://guidanceresources.com Web ID: My5848i
Enfermedades graves	Voya Financial	1-877-236-7564	https://presents.voya.com/EBRC/Home/AtlanticCorporation
Hospitalización			
Accidentes			
401(k)	Principal	1-800-986-3343	www.principal.com
Contactos del equipo de Recursos Humanos de Atlantic			
Sitio web de beneficios	https://atlanticpkg.hrbenefits.net		
Eryn Johnson	Wilmington	910-398-6174	erynt@atlanticpkg.com
Lynn Vann	Wilmington	910-398-6135	lynnv@atlanticpkg.com
Renee Windham	Tabor City	910-343-0624	renew@atlanticpkg.com
Robby Daniels	Tabor City	910-653-7450	robbyd@atlanticpkg.com
Becca Schusler	Wellness Director	704-909-5731	beccas@atlanticpkg.com

Esta guía resume los planes de beneficios disponibles para los empleados elegibles de Atlantic Packaging y sus dependientes. Los documentos oficiales del plan, las políticas y los certificados de seguro contienen los detalles, las condiciones, los niveles máximos de beneficios y las restricciones de los beneficios. Estos documentos rigen el programa de beneficios. Si existe algún conflicto, prevalecen los documentos oficiales. Estos documentos están disponibles a pedido a través del departamento de Recursos Humanos. La información proporcionada en esta guía no es una garantía de beneficios.

NOTIFICACIONES REQUERIDAS

Avisos legales importantes que afectan la cobertura de su plan de salud

LEY DE DERECHOS DE LAS MUJERES EN MATERIA DE SALUD Y CÁNCER DE 1998 (WHCRA)

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

- Todas las etapas de reconstrucción de la mama en la que se realizó la mastectomía;
- Cirugía y reconstrucción de la otra mama para producir una apariencia simétrica;
- Prótesis; y
- Tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coaseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coaseguros: deducible de \$500 y coaseguro del 20 % hasta un máximo de desembolso personal de \$2500.

DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDOS - FEDERAL

En general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios por cualquier período de estadía en el hospital relacionado con el parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, la ley federal generalmente no prohíbe que el proveedor que atiende a la madre o al recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y las compañías de seguros no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o de la compañía de seguros para prescribir un período de estadía que no exceda las 48 horas (o 96 horas).

AVISO DE DERECHOS ESPECIALES DE INSCRIPCIÓN

Si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a la cobertura de otro seguro médico o plan de salud grupal, es posible que pueda inscribirse a usted y a sus dependientes en este plan si usted o sus dependientes pierden la elegibilidad para esa otra cobertura (o si el empleador deja de contribuir a su otra cobertura o la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores a que finalice su otra cobertura o la de sus dependientes (o después de que el empleador deje de contribuir a la otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción, es posible que pueda inscribirse a usted y a sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación en adopción.

Además, si rechaza la inscripción para usted o sus dependientes elegibles (incluido su cónyuge) mientras la cobertura de Medicaid o la cobertura bajo un programa CHIP estatal está vigente, es posible que pueda inscribirse a usted y a sus dependientes en este plan si:

- se pierde la cobertura bajo Medicaid o un programa CHIP estatal; o
- usted o sus dependientes se vuelven elegibles para un subsidio de asistencia con las primas del Estado.

En cualquier caso, debe solicitar la inscripción dentro de los 60 días a partir de la pérdida de la cobertura o la fecha en que se vuelve elegible para la asistencia con las primas.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con la persona que figura al final de este resumen.

AVISO SOBRE PROGRAMAS DE BIENESTAR

El programa de bienestar de Atlantic Packaging es un programa de bienestar voluntario disponible para todos los empleados. El programa se administra de acuerdo con las normas federales que permiten los programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluidas la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008 y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico, según corresponda, entre otras. Si elige participar en el programa de bienestar, se le solicitará que complete una evaluación de riesgo de salud voluntaria o "HRA" que formula una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o tuvo ciertas afecciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedad cardíaca). También se le solicitará que complete una evaluación biométrica, que incluirá un análisis de sangre para medir los lípidos y la glucosa. No es obligatorio que complete la HRA ni que participe en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que elijan participar en el programa de bienestar recibirán una prima más baja en el plan médico. Si bien no está obligado a completar la HRA ni a participar en la evaluación biométrica, solo los empleados que lo hagan recibirán la prima médica más baja.

La información de su HRA y los resultados de su evaluación biométrica se utilizarán para brindarle información que lo ayude a comprender su salud actual y los riesgos potenciales, y también se pueden utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como una reunión con Marathon Health. También se le recomienda que comparta sus resultados o inquietudes con su propio médico.

Protecciones contra la divulgación de información médica

La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica personal identificable. Aunque el programa de bienestar y Atlantic Packaging pueden usar la información agregada que recopilan para diseñar un programa basado en los riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar de Atlantic 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 se podrá utilizar para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no será vendida, intercambiada, transferida ni divulgada de ninguna otra manera, excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le solicitará ni se le 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 el fin de brindarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad. Las únicas personas que recibirán su información médica de identificación personal es Marathon Health para brindarle servicios en el marco del programa de bienestar.

Además, toda la información médica obtenida a través del programa de bienestar se mantendrá separada de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente se cifrará y ninguna información que proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará para tomar decisiones laborales. Se tomarán las precauciones adecuadas para evitar cualquier violación de datos y, en caso de que se produzca una violación de datos que involucre información que proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No se le puede discriminar en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni se le puede someter a 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 al 910-398-6174.

DIVULGACIÓN DEL PROGRAMA DE BIENESTAR

Su plan de salud se compromete a ayudarlo a lograr su mejor salud. Las recompensas por participar en un programa de bienestar están disponibles para todos los empleados. Si cree que no puede cumplir con un estándar para una recompensa en virtud de este programa de bienestar, es posible que califique para una oportunidad de ganar la misma recompensa por otros medios. Comuníquese con nosotros en Recursos Humanos y trabajaremos con usted (y, si lo desea, con su médico) para encontrar un programa de bienestar con la misma recompensa que sea adecuado para usted en función de su estado de salud.

DECLARACIÓN DE DERECHOS ERISA

Como participante del Plan, usted tiene derecho a ciertos derechos y protecciones bajo la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 (“ERISA”). ERISA establece que todos los participantes tendrán derecho a:

Reciba información sobre su plan y beneficios

- Examinar, sin cargo, en la oficina del Administrador del Plan y en otras ubicaciones especificadas, el Plan y los documentos del Plan, incluido el contrato de seguro y copias de todos los documentos presentados por el Plan ante el Departamento de Trabajo de los EE. UU., si los hubiera, como informes anuales y descripciones del Plan.
- Obtener copias de los documentos del Plan y otra información del Plan mediante solicitud por escrito al Administrador del Plan. El Administrador del Plan puede cobrar un cargo razonable por las copias.
- Recibir un resumen del informe financiero anual del Plan, si se requiere que se proporcione según ERISA. El Administrador del Plan está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido, si lo hubiera.

Continuar con la cobertura del plan de salud grupal

Si corresponde, puede continuar con la cobertura de atención médica para usted, su cónyuge o sus dependientes si se pierde la cobertura del plan como resultado de un evento calificador. Es posible que usted y sus dependientes deban pagar dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las normas sobre los derechos de continuación de la cobertura de COBRA.

Acciones prudentes de los fiduciarios del plan

Además de crear derechos para los participantes, ERISA impone deberes a las personas responsables de la operación del Plan. Estas personas, llamadas “fiduciarios” del Plan, tienen el deber de operar el Plan con prudencia y en beneficio de usted y de los demás participantes del Plan.

Nadie, incluida la Compañía o cualquier otra persona, puede despedirlo o discriminarlo de ninguna manera para impedirle obtener beneficios sociales o ejercer sus derechos bajo ERISA.

Haga cumplir sus derechos

Si su solicitud de beneficios sociales es denegada total o parcialmente, debe recibir una explicación por escrito del motivo de la denegación. Tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su solicitud.

Conforme a la ERISA, existen medidas que puede tomar para hacer valer estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales al Administrador del Plan y no los recibe en un plazo de 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir al Administrador del Plan que le proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día, hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado debido a razones fuera del control del Administrador del Plan. Si tiene una solicitud de beneficios que es denegada o ignorada, total o parcialmente, y ha agotado los procedimientos de reclamo disponibles conforme al Plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si llegara a suceder que los fiduciarios del Plan hagan un mal uso del dinero del Plan, o si usted es objeto de discriminación por hacer valer sus derechos, puede solicitar asistencia al Departamento de Trabajo de los EE. UU., o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién debe pagar los costos judiciales y los honorarios legales. Si tiene éxito, el tribunal puede ordenar a la persona a la que ha demandado que pague estos costos y honorarios. Si pierde (por ejemplo, si el tribunal determina que su demanda es frívola), el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios.

Ayuda con tus preguntas

Si tiene alguna pregunta sobre su Plan, esta declaración o sus derechos bajo ERISA, debe comunicarse con la oficina más cercana de la Administración de Beneficios y Seguridad de los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., que figura en su directorio telefónico

o con la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Beneficios y Seguridad de los Empleados, Departamento de Trabajo de los EE. UU., 200 Constitution Avenue N.W., Washington, D.C. 20210.

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

INFORMACIÓN DEL CONTACTO

Las preguntas sobre esta información pueden dirigirse a:

Eryn Johnson
910-398-6174
erynt@atlanticpkg.com

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. **LÉALO CUIDADOSAMENTE.**

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Se recomienda a los destinatarios de este aviso que lo lean en su totalidad. La información de contacto para preguntas o quejas se encuentra disponible al final del aviso.

Tus derechos

Tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones
- Corregir sus registros médicos y de reclamaciones
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtener una lista de aquellas personas con quienes hemos compartido su información
- Obtener una copia de este aviso de privacidad
- Elegir a alguien para que actúe en su nombre
- Presentar una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

Tus opciones

Tiene algunas opciones sobre la forma en que usamos y compartimos información:

- Respondemos preguntas sobre cobertura de su familia y amigos
- Brindamos ayuda en caso de desastre
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

Nuestros usos y divulgaciones

- Podemos usar y compartir su información para:
- Ayudar a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Administrar nuestra organización
- Pagar sus servicios de salud
- Administrar su plan de salud
- Ayudar con problemas de salud y seguridad pública
- Realizar investigaciones
- Cumplir con la ley
- Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Abordar solicitudes de compensación laboral, de aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales
- Responder a demandas y acciones legales.

Tus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtenga una copia de los registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros médicos y de reclamaciones y otra información médica que tengamos sobre usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamaciones, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Podemos cobrarle una tarifa razonable basada en el costo.

Pídanos que corrijamos sus registros de salud y reclamaciones

- Puede solicitarnos que corrijamos sus registros médicos y de reclamaciones si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos rechazar su solicitud, pero le informaremos por escrito el motivo, generalmente dentro de los 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de su casa o de la oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente.
- Consideraremos todas las solicitudes razonables y debemos decir "sí" si nos dice que estaría en peligro si no lo hacemos.

Pídanos que limitemos lo que usamos o compartimos

- Puede solicitarnos que no usemos ni compartamos determinada información médica para fines de tratamiento, pago o para nuestras operaciones.
- No estamos obligados a aceptar su solicitud.

Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante hasta seis años antes de la fecha de solicitud, con quién la compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones, excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y algunas otras divulgaciones (como cualquier otra que nos haya solicitado que hagamos). Le proporcionaremos un informe al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtenga una copia de este aviso de privacidad

Puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si ha aceptado recibirlo electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa a la brevedad.

Elige a alguien que actúe por ti

- Si le ha otorgado a alguien un poder notarial médico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violan sus derechos

- Puede presentar una queja si considera que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información que se encuentra al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

Tus opciones

En el caso de determinada información médica, puede indicarnos sus preferencias sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, comuníquese con nosotros. Díganos qué desea que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene el derecho y la opción de indicarnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención médica
- Compartamos información en una situación de socorro en caso de desastre
- Si no puede indicarnos su preferencia, por ejemplo, si está inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.
- En estos casos, nunca compartimos su información a menos que nos dé su permiso por escrito:

Fines de marketing

Venta de su información

Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo normalmente utilizamos o compartimos su información médica?

Normalmente usamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Ayudar a gestionar el tratamiento sanitario que recibe

Podemos utilizar su información médica y compartirla con los profesionales que lo están tratando.

Ejemplo: un médico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos coordinar servicios adicionales.

Paga tus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información médica cuando pagamos sus servicios de salud.

Ejemplo: compartimos información sobre usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental.

Administra tu plan

Podemos divulgar su información médica al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para proporcionar un plan de salud y nosotros le proporcionamos a su empresa ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos.

Dirige nuestra organización

- Podemos usar y divulgar su información para administrar nuestra organización y comunicarnos con usted cuando sea necesario.
- No se nos permite usar información genética para decidir si le brindaremos cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo.

Ejemplo: usamos información médica sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

¿De qué otra manera podemos usar o compartir su información médica?

Se nos permite o se nos exige compartir su información de otras maneras, generalmente de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública y la investigación. Tenemos que cumplir con muchas condiciones establecidas por la ley antes de poder compartir su información para estos fines. Para obtener más información, consulte:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html.

Ayuda con cuestiones de salud y seguridad pública

Podemos compartir su información de salud en determinadas situaciones, como:

- Prevenir enfermedades
- Ayudar con el retiro de productos del mercado
- Informar reacciones adversas a medicamentos
- Informar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave para la salud o la seguridad de cualquier persona

Investigar

Podemos usar o compartir su información para investigaciones de salud.

Consentir con ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales así lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si desea verificar que cumplimos con la ley federal de privacidad.

Responder a solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria

- Podemos compartir información médica sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información médica con un médico forense, forense o director de funeraria cuando una persona muere.

Abordar las solicitudes de compensación de los trabajadores, de cumplimiento de la ley y de otros gobiernos.

Podemos usar o compartir su información médica:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de cumplimiento de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley
- Para funciones gubernamentales especiales, como servicios militares, de seguridad nacional y de protección presidencial

Responder a demandas y acciones legales

Podemos compartir información médica sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- La ley nos exige mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.
- Le informaremos de inmediato si ocurre una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos cumplir con los deberes y las prácticas de privacidad descritas en este aviso y entregarle una copia del mismo.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí, a menos que nos indique por escrito que podemos hacerlo. Si nos indica que podemos hacerlo, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Infórmenos por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html.

Cambios a los Términos de este Aviso

Podemos cambiar los términos de este aviso y los cambios se aplicarán a toda la información que tengamos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a pedido en nuestro sitio web (si corresponde) y le enviaremos una copia por correo.

Otras instrucciones para la notificación

- Vigente a partir del 1 de octubre de 2024
- Comuníquese con Recursos Humanos al 910-398-6174

Aviso importante de Atlantic Packaging sobre su cobertura para Recetas Médicas y Medicare

Lea atentamente este aviso y guárdelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Atlantic Packaging y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando unirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos que están cubiertos y a qué costo, con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. La información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados se encuentra al final de este aviso.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual de Medicare y la cobertura de medicamentos recetados:

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Atlantic Packaging ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Atlantic Packaging pague, en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted puede inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos la primera vez que es elegible para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura actual acreditable, y no es su culpa, usted será elegible para dos (2) meses en el Período de Inscripción Especial (SEP) para subscribirse en un Plan Medicare de medicinas.

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Atlantic Packaging no se verá afectada.

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y cancelar la cobertura actual de su plan médico de Atlantic Packaging, tenga en cuenta que usted y sus dependientes solo podrán recuperar esta cobertura durante el período de inscripción abierta o en el caso de una oportunidad de inscripción especial.

¿Cuándo usted pagará una prima más alta (penalidad) para inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?

Usted debe saber también que si cancela o pierde su cobertura actual con Atlantic Packaging y deja de inscribirse en una cobertura de Medicare para recetas médicas después de que su cobertura actual termine, podría pagar más (una penalidad) por inscribirse más tarde en una cobertura de Medicare para recetas médicas.

Si usted lleva 63 días o más sin cobertura acreditable para recetas médicas que sea por lo menos tan buena como la cobertura de Medicare para recetas médicas, su prima mensual aumentará por lo menos un 1% al mes por cada mes que usted no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted lleva diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima siempre será por lo menos 19% más alta de lo que la mayoría de la gente paga. Usted tendrá que pagar esta prima más alta (penalidad)

mientras tenga la cobertura de Medicare. Además, usted tendrá que esperar hasta el siguiente mes de octubre para inscribirse.

Para más información sobre este aviso o su cobertura actual para recetas médicas...

Llame a nuestra oficina para más información recursos humanos al 910-398-6174. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. Recibirá el aviso antes del próximo período en el cual usted puede inscribirse en la cobertura de Medicare para recetas médicas, y en caso de que esta cobertura con Atlantic Packaging cambie. Además, usted puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para más información sobre sus opciones bajo la cobertura de Medicare para recetas médicas...

Revise el manual “Medicare y Usted” para información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura para recetas médicas. Medicare le enviará por correo un ejemplar del manual. Tal vez los planes de Medicare para recetas médicas le llamen directamente.

Asimismo, usted puede obtener más información sobre los planes de Medicare para recetas médicas de los siguientes lugares:

- Visite www.medicare.gov por Internet para obtener ayuda personalizada,
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros de Salud (consulte su manual Medicare y Usted para obtener los números telefónicos)
- Llame GRATIS al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deben llamar al 1-877-486-2048.

Para las personas con ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional que paga por un plan de Medicare para recetas médicas. El Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) tiene disponible información sobre esta ayuda adicional. Para más información sobre esta ayuda adicional, visite la SSA en línea en www.socialsecurity.gov por Internet, o llámeles al 1-800-772-1213 (Los usuarios con teléfono de texto (TTY) deberán llamar al 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso. Si se inscribe en uno de los nuevos planes aprobados por Medicare que ofrece cobertura de medicamentos recetados, tal vez necesite dar una copia de este aviso cuando se inscriba a fin de demostrar si mantiene o no una cobertura acreditable y si debe pagar una prima más alta (una penalidad).

Fecha:	1 de octubre de 2024
Nombre de la entidad/remitente:	Atlantic Packaging
Contacto--Puesto/Oficina:	Recursos humanos
DIRECCIÓN:	806 North 23 rd Street, Wilmington, NC 28405
Número de teléfono:	910-398-6174

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

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

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

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

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

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada al 31 de julio de 2024. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid

Sitio web: <http://myalhipp.com>
Teléfono: 1-855-692-5447

ALASKA – Medicaid

El Programa de Pago de AK primas del seguro médico
Sitio web: <http://myakhipp.com>
Teléfono: 1-866-251-4861
Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com
Elegibilidad de Medicaid: <https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx>

ARKANSAS – Medicaid

Sitio web: <http://myarhipp.com/>
Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)

CALIFORNIA – Medicaid

Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program
Sitio web: <http://dhcs.ca.gov/hipp>
Teléfono: 916-445-8322
Fax: 916-440-5676
Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov

**COLORADO – Health First Colorado
(Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)**

Sitio web de Health First Colorado: <https://www.healthfirstcolorado.com/es>

Centro de atención al cliente de Health First Colorado:

1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711

CHP+: <https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus>

Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711

Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <https://www.mycohibi.com/>

Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442

FLORIDA – Medicaid

Sitio web: <https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html>

Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid

Sitio web de GA HIPP:

<https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp>

Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1

Sitio web de GA CHIPRA:

<https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra>

Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2

INDIANA – Medicaid

Programa de pago de primas de seguro de salud

Todos los demás son Medicaid

Sitio web: <https://www.in.gov/medicaid/>

<https://www.in.gov/fssa/dfr>

Administración de familias y servicios sociales

Teléfono: 1-800-403-0864

Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584

IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>

Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/>

Teléfono: 1-800-792-4884

Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY - Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):

<https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kynect.ky.gov>

Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web: www.medicaid.la.gov o www.ldh.la.gov/lahipp

Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono: 1-800-442-6003

TTY: Maine relay 711

Página web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 1-800-977-6740

TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.mass.gov/masshealth/pa>

Teléfono: 1-800-862-4840

TTY: 711

Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/>

Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm>

Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084

Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633

Lincoln: 402-473-7000

Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcftp.nv.gov>

Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218

Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218

Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/>

Teléfono: 1-800-356-1561

Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392

Sitio web de CHIP:

<http://www.njfamilycare.org/index.html>

Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 (TTY:711)

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831

CAROLINA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <https://medicaid.ncdhhs.gov>

Teléfono: 919-855-4100

DAKOTA DEL NORTE – Medicaid

Sitio web: <http://www.hhs.nd.gov/healthcare>

Teléfono: 1-844-854-4825

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org>

Teléfono – 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx>

Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>

Teléfono: 1-800-692-7462

Sitio web de CHIP:

<https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>

Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>

Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rlta Share Line)

CAROLINA DEL SUR – Medicaid

Sitio web: <https://www.scdhhs.gov>

Teléfono: 1-888-549-0820

DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://dss.sd.gov>

Teléfono: 1-888-828-0059

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico>
Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH– Medicaid y CHIP

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

VERMONT – Medicaid

Sitio web: [Health Insurance Premium Payment \(HIPP\) Program | Department of Vermont Health Access](#)
Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

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

WASHINGTON – Medicaid

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

WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://dhr.wv.gov/bms/>
<http://mywvhipp.com/>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700
Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm>
Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

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

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

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de
Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos
de EE.UU. Centros para Servicios
de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 6156

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de Control de OMB 1210-0137 (vence al 31 de enero de 2026)

Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Resumen de Beneficios y Cobertura: Lo que cubre este plan y lo que usted paga por los servicios cubiertos **Período de cobertura: A partir del 10/01/2024**
Atlantic Packaging: Plan de \$500 **Cobertura para:** Empleado y dependientes | **Tipo de plan:** Indemnización

El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) le ayudará a elegir un plan de salud. El SBC le indica cómo compartirán usted y el plan el costo de los servicios médicos cubiertos.
NOTA: La información sobre el costo de este plan (denominado prima) se la cillará por separado.
 Esto es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura, o para obtener una copia de los términos y condiciones completos de la misma, llame al 1-888-296-7179. Para conocer las definiciones generales de términos comunes, como cantidad permitida, cargos de facturación de saldos, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, favor de consultar el Glosario. Puede consultar el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-296-7179 para solicitar una copia.


Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el <u>deducible</u> general?	Plan individual: \$500 por empleado Plan familiar: \$500 por persona/\$1,000 por familia	Por lo general, usted debe pagar todos los costos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar la cantidad del <u>deducible</u> antes de que este <u>plan</u> empiece a pagar. Si otros miembros de la familia están incluidos en el <u>plan</u> , cada uno de ellos deberá cubrir su propio <u>deducible</u> individual hasta que el monto total de los <u>gastos deducibles</u> pagados por todos los miembros de la familia alcance la cantidad del <u>deducible</u> familiar general.
¿Hay servicios cubiertos antes de que usted cubra el <u>deducible</u> ?	Si. Los <u>servicios de cuidado preventivo</u> y las <u>consultas médicas</u> son algunos de los servicios cubiertos antes de que usted alcance el monto de su <u>deducible</u> .	Este <u>plan</u> cubre algunos artículos y servicios aun cuando usted no haya alcanzado la cantidad del <u>deducible</u> . Pero es posible que aplique un <u>copago</u> o <u>copago</u> . Por ejemplo, este <u>plan</u> cubre algunos <u>servicios preventivos</u> sin <u>costos compartidos</u> y antes de que usted alcance el monto de su <u>deducible</u> . Consulte la lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Existen otros <u>deducibles</u> por servicios específicos?	No.	Usted no tiene que cubrir <u>deducibles</u> por servicios específicos.
¿Cuál es el <u>límite máximo de gastos de bolsillo</u> para este <u>plan</u> ?	Plan individual: \$2,500 por empleado Plan familiar: \$2,500 por persona/\$5,000 por familia	El <u>límite de gastos de bolsillo</u> es la cantidad máxima que usted podría pagar en un año por los servicios cubiertos. Si otros miembros de la familia están incluidos en este <u>plan</u> , ellos tendrán que cubrir sus propios <u>límites de gastos de bolsillo</u> hasta que se alcance el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general de la familia.
¿Qué no está incluido en el <u>límite máximo de gastos de bolsillo</u> ?	Primas, <u>cargos de facturación de saldos</u> y <u>atención médica</u> que no cubra este <u>plan</u> .	Aunque usted pague estos gastos, no cuentan para el <u>límite máximo de gastos de bolsillo</u> .
¿Pagará menos si contrata a un <u>proveedor de la red</u> ?	No corresponde	Este <u>plan</u> no utiliza una red de <u>proveedores</u> . Usted no recibirá servicios cubiertos por parte de ningún <u>proveedor</u> .
¿Necesita que lo deriven a un <u>especialista</u> ?	No.	Puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección sin necesidad de una <u>derivación</u> .



Todos los costos de **copago** y **coseguro**, que se muestran en este cuadro son después de haber alcanzado su **deducible**, si aplica un **deducible**.

Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Médicos y servicios en el hospital	Limitaciones, excepciones e información adicional importante
Si acude al consultorio de un proveedor de la salud o a una clínica	Consulta de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad Visita del especialista Atención preventiva/Exámenes de detección/Vacunación	\$25 de <u>copago/consulta</u> , exención del <u>deducible</u> \$50 de <u>copago/consulta</u> , exención del <u>deducible</u> Sin cargo, exención del <u>deducible</u>	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios son preventivos. Luego compruebe lo que pagará su plan.
Si se somete a una prueba	Pruebas de diagnóstico (radiografías, exámenes de sangre) @ Centro independiente @ Todos los proveedores	Sin cargo, exención del <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u> para imagenología.
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o afección. Puede obtener más información sobre la cobertura de medicamentos con receta en hpiTPA.com	Imagenología (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas) Medicamentos genéricos— Al por menor (30 días) Al por menor (90 días) Pedidos por correo (90 días) Medicamentos de marca preferidos— Al por menor (30 días) Al por menor (90 días) Pedidos por correo (90 días) Medicamentos de marca no preferidos— Al por menor (30 días) Al por menor (90 días) Pedidos por correo (90 días) Medicamentos de <u>especialidad</u> — Al por menor/Pedidos por correo (30 días)	20% de <u>coseguro</u> \$10 de <u>copago/receta</u> \$30 de <u>copago/receta</u> \$20 de <u>copago/receta</u> 30% de <u>coseguro</u> (\$100 máx.) 30% de <u>coseguro</u> (\$300 máx.) 30% de <u>coseguro</u> (\$200 máx.) 50% de <u>coseguro</u> (\$250 máx.) 50% de <u>coseguro</u> (\$750 máx.) 50% de <u>coseguro</u> (\$500 máx.)	Exención del <u>deducible</u> *solo medicamentos de uso continuo Algunos <u>medicamentos con receta</u> están sujetos a la <u>terapia escalonada</u> . Es posible que primero tenga que utilizar otro <u>medicamento con receta</u> o <u>productos</u> farmacéuticos).
Si se somete a cirugía ambulatoria	Cargos de la clínica (Centro de cirugía ambulatoria, etc.) Honorarios del médico/cirujano	20% de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>preautorización</u>
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la sala de emergencias Primera visita/año Todas las visitas siguientes/año Transporte médico de emergencia Atención de urgencia	\$250 de <u>copago/consulta</u> , exención del <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u> 20% de <u>coseguro</u>	Exención del <u>copago</u> en caso de hospitalización
En caso de hospitalización	Cargos de hospitalización (por ej., cuarto de hospital) Honorarios del médico/cirujano	\$50 de <u>copago/consulta</u> , exención del <u>deducible</u> 20% de <u>coseguro</u>	Ninguna Ninguna Se requiere <u>preautorización</u>

Se requiere preautorización para todos los ingresos hospitalarios y todos los servicios prestados en un hospital, centros quirúrgicos, clínica para pacientes ambulatorios o centro de diálisis.

 Todos los costos de copago y coseguro que se muestran en este cuadro son después de haber alcanzado su deducible , si aplica un deducible .			
Evento médico común	Servicios que podría necesitar	Médicos y servicios en el hospital	Limitaciones, excepciones e información adicional importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios— Visita al consultorio Tratamiento intensivo ambulatorio	\$25 de copago /consulta; exención del deducible Sin cargo; exención del deducible	Se requiere preautorización para tratamiento intensivo ambulatorio y hospitalización
	Servicios de hospitalización	20% de coseguro	
Si estás embarazada	Consultas médicas— Atención prenatal Atención postnatal	Sin cargo; exención del deducible 20% de coseguro	La atención por maternidad puede incluir pruebas y servicios en el SBC (por ejemplo, ultrasonido). Se requiere notificación previa al parto, así como preautorización para estancias superiores a 48 hrs. (parto normal) o 96 hrs. (cesárea)
	Servicios profesionales para el parto/alumbramiento	20% de coseguro	
	Servicios hospitalarios para el parto/alumbramiento	20% de coseguro	
	Atención médica domiciliar	20% de coseguro	Se requiere preautorización .
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades médicas especiales	Servicios de rehabilitación— Hospitalización	20% de coseguro	Se requiere preautorización para la hospitalización.
	Ambulatorios	\$50 de copago /consulta; exención del deducible	30 visitas/año combinadas para terapia ocupacional y física, y servicios quiropráticos. Se requiere preautorización después de 13 visitas para cada una de las terapias: ocupacional, física y de lenguaje
	Servicios de habilitación — Intervención temprana Retraso en el desarrollo	20% de coseguro 20% de coseguro	Hasta los 3 años de edad La preautorización y los límites de visitas se determinan en función de los servicios prestados.
	Atención de enfermería especializada	20% de coseguro	60 días/año. Se requiere preautorización
	Equipo médico duradero— Tubo el equipo médico duradero (DME) Suministros para la diabetes	20% de coseguro 20% de coseguro ; exención del deducible	Se requiere preautorización para el equipo con un valor mayor a \$2,500
	Servicios en un centro de atención paliativa	20% de coseguro	Se requiere preautorización
	Examen oftalmológico infantil	Sin cargo; exención del deducible	1 examen/año
	Anticipo para niños	Sin cobertura	n/a
	Revisión dental para niños	Sin cobertura	n/a

Servicios no incluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).	
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía estética • Atención no urgente en caso de viaje fuera de EE. UU. • Programas de pérdida de peso 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención odontológica (de rutina, niños y adultos) • Servicio privado de enfermería
Otros servicios cubiertos (Pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Favor de consultar el documento de su plan).	
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Aparatos auditivos (1 aparato/oido/3 años) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados a largo plazo • Cuidados rutinarios de los pies
<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía bariátrica • Tratamiento de la infertilidad (\$25,000de por vida para médico y \$10,000de por vida para Rx) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados quiroprácticos (30 visitas/año con terapia física y ocupacional) • Atención oftalmológica rutinaria (adulto- 1 examen/año)

Sus derechos para continuar con la cobertura: Hay organismos que pueden ayudarle si desea continuar con su cobertura una vez finalizada. La información de contacto para estos organismos está disponible en la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo de EE.UU. llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo a www.dol.gov/esa/healthreform. También puede disponer de otras opciones de cobertura, incluida la contratación de un seguro individual a través del Mercado de Seguros Médicos. Para más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de queja y de apelación: Hay organismos que pueden ayudarle si tiene una queja contra su plan por rechazar una reclamación. Esta se denomina queja o apelación. Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación de gastos médicos. Los documentos de su plan también proporcionan información completa para presentar una solicitud de reclamación, apelación o queja por cualquier motivo a su plan. Si desea más información sobre sus derechos, este aviso o asistencia, puede ponerse en contacto con el plan llamando al 1-888-296-7179. También puede ponerse en contacto con la Administración de Seguridad de Beneficios del Empleado del Departamento del Trabajo de EE. UU., llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o escribiendo al www.dol.gov/esa/healthreform.

¿Este plan ofrece Cobertura mínima esencial? Sí.

La Cobertura esencial mínima generalmente incluye planes y seguros médicos disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, CHIP, TRICARE, y algunas otras coberturas. Si reúne los requisitos para determinados tipos de Cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para recibir el crédito fiscal para primas.

¿Este plan cumple con el Estándar de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple con el Estándar de valor mínimo, es posible que usted reúna los requisitos para un crédito fiscal para primas que le ayude a pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de apoyo lingüístico:

Español: Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-296-7179

Português: De assistência em Português, ligue 1-888-296-7179

中文: 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-296-7179

----- Para ver ejemplos de cómo este plan podría cubrir los costos de una situación médica a manera de ejemplo, consulte la siguiente sección.-----

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Los costos reales serán diferentes dependiendo de la atención real que usted reciba, de los precios que le cobren sus proveedores y de muchos otros factores. Preste atención a los montos de los **costos compartidos** (deducibles, copagos y coseguros) y a los servicios que no están cubiertos por el plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar bajo los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan únicamente en la cobertura individual del asegurado.

Peg va a tener un bebé

(9 meses de atención prenatal dentro de la red y un parto en hospital)

- Deducible general del plan \$500
- Copago del especialista \$50
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otros no compartidos

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Consultas de especialista (atención prenatal)
 Servicios profesionales para el parto/alumbramiento
 Servicios hospitalarios para el parto/alumbramiento
 Pruebas de diagnóstico (ultrasonido y análisis de sangre)
 Visita del especialista (anestesia)

Costo total del ejemplo \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$90
El total que pagaría Peg es	\$2,170

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina dentro de la red de una enfermedad bien controlada)

- Deducible general del plan \$500
- Copago del especialista \$50
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro coseguro 20%

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Consultas con el médico de atención primaria (incluye educación sobre la enfermedad)
 Pruebas de diagnóstico (análisis de sangre)
 Medicamentos con receta
 Equipo médico duradero (glucómetro)

Costo total del ejemplo: \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$600
Coseguro	\$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$1,180

Fractura simple de Mia

(visita a urgencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- Deducible general del plan \$500
- Copago del especialista \$50
- Coseguro del hospital (instalaciones) 20%
- Otro copago \$50

Este EJEMPLO de evento incluye servicios como:

Atención en la sala de emergencias (incluye material médico)
 Pruebas de diagnóstico (radiografías)
 Equipo médico duradero (muleta(s))
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Costo total del ejemplo: \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costos compartidos	
Deducibles	\$500
Copagos	\$600
Coseguro	\$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$1,200



This brochure summarizes the benefit plans that are available to Atlantic Packaging eligible employees and their dependents. Official plan documents, policies and certificates of insurance contain the details, conditions, maximum benefit levels and restrictions on benefits. These documents govern your benefits program. If there is any conflict, the official documents prevail. These documents are available upon request through the Human Resources Department. Information provided in this brochure is not a guarantee of benefits.