



Guía de Beneficios

2025-2026



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. © 2025 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados.

Contenidos

Un mensaje del Departamento de Recursos Humanos	4
Elegibilidad.....	5
Sitio web de beneficios.....	5
Seguro Médico	6
Medicamentos Recetados	7
Contribución del empleado	7
<i>Pathways Concierge Member Advocacy</i>	8
Proceso de autorización previa	10
Cómo localizar un proveedor de la red PPO de Cigna	12
Cómo leer la Explicación de Beneficios (<i>EOB</i>)	13
Iniciativa de bienestar de Atlantic Packaging	14
Telemedicina.....	16
Seguro Dental	17
Seguro de Visión.....	18
Cuentas de Gastos Flexibles	19
Seguro Básico de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento (<i>AD&D</i>).....	20
Seguro Suplementario de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento (<i>AD&D</i>).....	20
Seguro de Discapacidad	22
Beneficios voluntarios adicionales.....	23
Plan de protección de identidad de Allstate.....	24
Recurso de Medicare.....	25
Días festivos.....	25
Tiempo libre remunerado (<i>PTO</i>).....	25
Política de licencia por maternidad.....	26
Plan de jubilación.....	27
Beneficios adicionales.....	27
Lista de contactos	28
NOTIFICACIONES REQUERIDAS	29
Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)	38
Resumen de beneficios y cobertura (<i>SBC</i>).....	43

Un mensaje del Departamento de Recursos Humanos

En Atlantic Packaging, reconocemos que nuestro éxito depende de nuestro talentoso y dedicado personal. Valoramos la contribución de cada empleado a nuestros logros, y por eso nuestro objetivo es ofrecer un programa completo de beneficios competitivos para atraer y retener a los mejores empleados disponibles. Con nuestros programas de beneficios, buscamos apoyar las necesidades de nuestros empleados y sus dependientes, ofreciendo un programa que sea fácil de entender, sencillo de utilizar y accesible para todos. Esta guía le guiará para elegir el plan y nivel de cobertura que mejor se adapte a usted y a su familia.



Atlantic Packaging ofrece planes de salud, dental, visión, vida y discapacidad, además de cobertura por accidentes, enfermedades graves, indemnización por hospitalización y protección contra robo de identidad. Esta Guía de Beneficios le ayudará a conocer sus opciones de beneficios de salud y bienestar para el año del plan 2025-2026. Le recomendamos leerla con atención para entender todas sus opciones. Para más detalles sobre cada plan, consulte las descripciones resumidas de los planes.

Este documento ofrece una visión general de los beneficios a los que puede acceder como empleado de Atlantic Packaging. No incluye todos los detalles de cada plan. Sus derechos se determinan únicamente consultando los documentos oficiales del plan, los cuales puede revisar solicitándolos al Departamento de Recursos Humanos. Si alguna información de este documento difiere de los documentos oficiales, siempre prevalecerán las disposiciones de los documentos oficiales. Esta guía no es una Descripción Resumida del Plan (*SPD*), sino una guía general para ayudarle a entender sus beneficios.



Tenga en cuenta que nada de lo contenido en los planes de beneficios descritos en esta guía debe interpretarse como una promesa de empleo o de beneficios futuros, ni como un contrato vinculante entre la empresa y sus empleados o sus dependientes, ya sea para beneficios o cualquier otro propósito. Todos los empleados siguen sujetos a despido o disciplina en la misma medida que si estos planes no estuvieran vigentes, y también son libres de renunciar en cualquier momento. Los beneficios aplican solo para empleados elegibles, los empleados a tiempo parcial o los empleados de agencias de personal externas 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. 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, 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 empleados recién contratados son elegibles para los beneficios a partir del primer día del mes siguiente después de completar 60 días de servicio continuo.

Sitio web de beneficios

Por favor, visite el sitio web de beneficios de Recursos Humanos de Atlantic en <https://atlanticpkg.hrbenefits.net/> para obtener más información sobre nuestros beneficios, programa de bienestar y formas de inscribirse en los beneficios. También encontrará enlaces a los documentos de los planes, resúmenes de beneficios y mucho más.

Seguro Médico



Atlantic Packaging ofrece dos planes médicos administrados a través de Health Plans, Inc. La tabla a continuación ofrece un resumen breve de lo que se ofrece. Para obtener detalles completos de los planes, consulte la descripción resumidas de los planes.

	Health Plans, Inc. (TPA)		
	Beneficios del Plan RBR	Beneficios de la red Red PPO de Cigna	
Deducible anual		Dentro de la red	Fuera de la red
<i>Individual</i>	\$500	\$1,500	\$3,000
<i>Familia</i>	\$1,000	\$3,000	\$6,000
<i>Coseguro</i>	20%	20%	40%
Desembolso máximo*			
<i>Individual</i>	\$2,500	\$5,000	\$10,000
<i>Familia</i>	\$5,000	\$10,000	\$20,000
Visitas médicas			
<i>Atención Primaria</i>	\$25 copago	\$35 copago	Deducible luego 40%
<i>Especialista</i>	\$50 copago	\$75 copago	Deducible luego 40%
<i>Telesalud</i>	\$0 copago	\$0 copago	No hay cobertura
Cuidado preventivo			
<i>Examen para adultos</i>	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Deducible luego 40%
<i>Examen infantil</i>	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Deducible luego 40%
Servicios diagnósticos			
<i>Rayo-x y laboratorio</i>	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Deducible luego 40%
<i>Radiología compleja</i>	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
<i>Ctro de atención urgente</i>	\$50 copago	\$100 copago	Deducible luego 40%
<i>Cargos de la sala de emergencias</i>	\$250 copago la primera visita, luego 20% después del deducible en visitas posteriores	\$500 copago la primera visita, luego 20% después del deducible en visitas posteriores	
<i>Cargos por hospitalización</i>	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
<i>Cargos por atención ambulatoria y quirúrgica</i>	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
Salud mental			
<i>Internado</i>	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
<i>Ambulatorio</i>	\$25 copago	\$35 copago	Deducible luego 40%
Abuso de sustancias			
<i>Internado</i>	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
<i>Ambulatorio</i>	\$25 copago	\$35 copago	Deducible luego 40%
Otros servicios			
<i>Quiropráctico</i>	\$50 Copago (30 visitas combinadas con otras terapias ambulatorias por año del plan)	\$75 Copago (30 visitas combinadas con otras terapias ambulatorias por año del plan)	Deducible luego 40%
<i>Acupuntura</i>	\$50 Copago	\$75 Copago	Deducible luego 40%

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.



	Plan RBR	Plan de la red
Farmacia (suministro de 30 días)		
<i>Generico (Nivel 1)</i>	\$10 copago	\$10 copago
<i>Marca preferida (Nivel 2)</i>	30% hasta \$100	30% hasta \$100
<i>Marca no preferida (Nivel 3)</i>	50% hasta \$250	50% hasta \$250
Farmacia (suministro de 90 días)		
<i>Generico (Nivel 1)</i>	\$30 copago	\$30 copago
<i>Marca preferida (Nivel 2)</i>	30% hasta \$300	30% hasta \$300
<i>Marca no preferida (Nivel 3)</i>	50% hasta \$750	50% hasta \$750
Pedido por correo (suministro de 90 días)		
<i>Generico (Nivel 1)</i>	\$20 copago	\$20 copago
<i>Marca preferida (Nivel 2)</i>	30% hasta \$200	30% hasta \$200
<i>Marca no preferida (Nivel 3)</i>	50% hasta \$500	50% hasta \$500
Medicamentos especializados (suministro de 30 días)		
<i>Los medicamentos especializados deben ser solicitados a través de Brioiva Rx al 1-800-850-9122 y están limitados a un suministro de 30 días</i>	50% to \$250	50% to \$250

Contribución del empleado

Contribuciones semanales del empleado				
	Plan RBR		Plan de la red	
	Tarifa estándar	Tarifa de bienestar*	Tarifa estándar	Tarifa de bienestar*
<i>Empleado</i>	\$43.02	\$19.79	\$43.02	\$19.79
<i>Empleado + Cónyuge</i>	\$122.52	\$84.54	\$122.52	\$84.54
<i>Empleado + Hijo(s)</i>	\$93.85	\$61.95	\$93.85	\$61.95
<i>Empleado + Familia</i>	\$221.08	\$168.02	\$221.08	\$168.02
Contribuciones mensuales del empleado				
	Plan RBR		Plan de la red	
	Tarifa estándar	Tarifa de bienestar*	Tarifa estándar	Tarifa de bienestar*
<i>Empleado</i>	\$186.44	\$85.76	\$186.44	\$85.76
<i>Empleado + Cónyuge</i>	\$530.91	\$366.33	\$530.91	\$366.33
<i>Empleado + Hijo(s)</i>	\$406.70	\$268.43	\$406.70	\$268.43
<i>Empleado + Familia</i>	\$958.01	\$728.09	\$958.01	\$728.09

*Las tarifas 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.

Pathways  Concierge Services

MedWatch
Empowering People. Improving Lives.



Preguntas Frecuentes

Pathways Concierge: Su ASESOR PERSONAL para Navegar su Plan de Beneficios



Llame primero a Pathways Concierge cuando necesite ayuda con:

- ✓ Identificar las mejores opciones en proveedores y facilidades.
- ✓ Realizar o cambiar citas médicas.
- ✓ Referidos a programas disponibles relacionados con su salud (como bienestar, control de diabetes, programas de asistencia a empleados, telemedicina y más)
- ✓ Preguntas y apoyo relacionado a reclamos (estado de reclamo, facturación de saldo, quejas, apelaciones, explicación de beneficios y más)
- ✓ Apoyo de precertificación para próximos procedimientos médicos*
- ✓ Preguntas sobre sus medicamentos
- ✓ Comprender su diagnóstico y tratamiento propuesto
- ✓ Educación, recursos y apoyo para usted, su familia y su grupo de apoyo.
- ✓ Gestionar las necesidades de autocuidado, incluyendo educación y la entrenamiento en habilidades.

Para recibir su edición bimestral del Boletín Vida Saludable, proporcione su dirección de correo electrónico actual a su departamento de recursos humanos.

**La precertificación ayuda a determinar si el procedimiento o tratamiento propuesto es médicamente necesario y está cubierto por su plan de beneficios.*

Navegar su plan de beneficios no debería ser estresante.

Llame a Pathways Concierge para obtener ayuda en comprender sus beneficios y brindarle opciones que lo ayudarán a aprovechar al máximo su plan de salud.

¿Su médico le ha recomendado una cirugía o un procedimiento médico?

ANTES de programar cualquier servicio médico electivo para pacientes hospitalizados o ambulatorios, **LLAME** a su consejero de Pathways. Expertos en beneficios con experiencia están listos para ayudarlo.

Comuníquese con Pathways Concierge por teléfono o correo electrónico:
(888) 296-7179 • PathwaysConcierge@urmedwatch.com



¡Los Miembros Preguntaron, Pathways Respondió!

¿Qué es el Programa Pathways Concierge?

Pathways es su servicio de referencia cuando tiene preguntas sobre sus beneficios, necesita ayuda para encontrar un médico, tiene preguntas sobre sus facturas médicas y más. Ellos son sus defensores y lo ayudarán a navegar sus opciones de atención médica de manera efectiva.

¿En qué puede ayudarme Pathways Concierge?

- ✓ Encontrar proveedores participantes
- ✓ Ayudar con las citas
- ✓ Comprender sus beneficios, copagos y deducibles
- ✓ Acceso a beneficios y servicios relacionados
- ✓ Preguntas sobre facturación
- ✓ Preguntas sobre su diagnóstico, tratamiento o medicación
- ✓ Recursos educativos
- ✓ Educación para el cuidado personal y entrenamiento en habilidades
- ✓ ¡Y más!!

¿Puedo hacer preguntas sobre mi salud o diagnóstico?

¡Sí! Su Pathways Concierge tiene acceso a los recursos de nuestro personal clínico y está disponible para responder preguntas sobre su condición médica, planes de atención y otros temas relacionados.



"No esperaba hablar con alguien que tenía tanto conocimiento y me ayudó con mis beneficios. Hoy parece que el servicio al cliente es inexistente, pero trabajar con mi Pathways Concierge fue una gran experiencia. Cuando colgué el teléfono, les dije a todos mis compañeros de trabajo ¡qué gran servicio es este!"



¿Puedo obtener ayuda para programar citas?

¡Por supuesto! Su Pathways Concierge puede ayudarlo a programar citas y confirmar que se dirigirá al lugar correcto para recibir la atención que necesita.

¿Puede Pathways ayudarme a encontrar un proveedor para una próxima cirugía o procedimiento?

¡Absolutamente! Su Pathways Concierge puede ayudarlo a acceder servicios médicos brindados por médicos y cirujanos de calidad a precios adecuados.

¿Cuánto me cuesta Pathways Concierge?

¡Ni un centavo! El programa Pathways Concierge es parte de su plan de beneficios, por lo que no hay ningún costo adicional por hablar con consejeros de Pathways Concierge. Llámalos tantas veces como quieras. Están aquí para ayudar.

¿Mi información se mantiene confidencial?

¡Sí! Se toman todas las precauciones para garantizar que su información esté segura. Sus datos están cifrados de forma segura y sus registros nunca se comparten con su empleador u otra entidad sin su aprobación por escrito, a menos que lo exija la ley.

¿Cuándo debo llamar a Pathways Concierge?

Siempre que tenga alguna pregunta sobre sus beneficios o sepa que es posible que tenga un procedimiento médico próximo, llame primero a su Pathways Concierge. Cuanto antes haga la llamada, más asistencia podrá brindarle su Pathways Concierge.

¿Cómo me comunico con mi conserje de Pathways?

Llame al número que aparece en su tarjeta de identificación o que se muestra a continuación.

MedWatch
Empowering People. Improving Lives.

Pathways  Concierge Services

(888) 296-7179

PathwaysConcierge@urmedwatch.com

Proceso de autorización previa

La preautorización es un proceso beneficioso que ayuda a garantizar que la atención médica que usted y su familia reciben sea necesaria y adecuada. Muchos procedimientos médicos, tanto hospitalarios como ambulatorios, requieren preautorización para asegurarse de que usted tenga las mejores opciones y servicios que cumplan con las directrices nacionales de necesidad médica aprobadas.

Utilization  Management Program

MedWatch
Empowering People. Improving Lives.

Preguntas Frecuentes



El PROCESO DE PRECERTIFICACIÓN y lo Que Debes Hacer:



1 Confirme que su proveedor haya iniciado el proceso de precertificación:

- 7 a 10 días antes de que se realice una cirugía electiva para pacientes hospitalizados o ambulatorios o un procedimiento de alto costo
- Dentro de las 24 a 48 horas posteriores a un ingreso hospitalario de emergencia**

2 Su proveedor necesitará la siguiente información:

- Nombre, dirección y fecha de nacimiento del miembro/paciente del plan
- Identificación de miembro del plan
- Nombre y dirección del médico y del centro/hospital
- Fecha de admisión/procedimiento
- Procedimiento propuesto/código de procedimiento

3 Un especialista en precertificaciones:

- Revisará la solicitud de precertificación para determinar la necesidad médica y si el tratamiento es apropiado.
- Revisará las opciones de tratamiento más apropiadas o beneficiosas para su atención médica.
- Coordinará el servicio con la instalación/hospital.
- Determinará la duración adecuada de la estadía cuando sea necesario

4 Si es admitido para una estadía en el hospital, nuestra enfermera:

- Se comunicará con su proveedor para confirmar que se han realizado los servicios y si se requirió cirugía.
- Confirmará que se está siguiendo el tratamiento prescrito
- Coordinará para minimizar su estadía en el hospital.

*Consulte con su plan de beneficios los requisitos de precertificación para pacientes ambulatorios.

**Consulte su plan de beneficios para conocer los requisitos de tiempo específicos.



Preguntas de los Miembros, ¡Nuestros Especialistas Respondieron!

¿Qué es la Precertificación?

La precertificación, también conocida como Revisión de utilización o Gestión de utilización, es un proceso beneficioso que ayuda a garantizar que la atención médica que usted y su familia reciben sea necesaria y adecuada. Su plan de beneficios puede requerir el proceso de certificación previa para muchos procedimientos médicos para pacientes hospitalizados y ambulatorios para garantizar que tenga las mejores opciones y servicios que cumplan con las pautas de necesidad médica aprobadas a nivel nacional.

¿Por qué es necesaria la Precertificación?

La precertificación es una salvaguarda que se implementa para protegerlo de procedimientos médicos que pueden no ser médicamente necesarios, apropiados o no estar aprobados por pautas médicas.

¿Qué son la Necesidad Médica y las Pautas Médicas?

Necesidad médica significa que los servicios, suministros o medicamentos que se recetan son necesarios para la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de su condición médica. Las pautas médicas ayudan a determinar si los servicios propuestos están aprobados para su uso y si cumplen con los estándares aceptados de la práctica médica.

¿Cómo sé si mis servicios necesitan Precertificación?

Debe revisar su plan de beneficios para obtener una lista completa de los servicios que requieren certificación previa.

La mayoría de los proveedores precertificarán los servicios en su nombre; sin embargo, es su responsabilidad asegurarse de que esta tarea se haya completado antes de que se preste el servicio o se pueden aplicar sanciones. Una vez que la solicitud haya sido precertificada, se enviará por fax una copia de la aprobación al consultorio o centro de su proveedor.

¿Aún tengo la libertad de elegir mi propio médico u hospital?

Sí. La decisión de qué médico u hospital utilizar es siempre suya; sin embargo, recibir atención de un proveedor no participante de su plan de beneficios puede resultar en mayores gastos de bolsillo para usted.

¿Es mi responsabilidad llamar? ¿Cuándo debo llamar?

¡Sí! Aunque su proveedor generalmente llamará y solicitará la precertificación, usted debe llamar a su proveedor para confirmar que ha iniciado el proceso al menos de 7 a 10 días antes del servicio programado. Para ingresos de emergencia, la llamada debe realizarse dentro de las 24-48 horas siguientes a su ingreso. Si recibe servicios médicos que requieren certificación previa pero no la completa con anticipación, podría generar costos de bolsillo adicionales para usted.

Las preguntas sobre sus beneficios deben dirigirse a su departamento de Recursos Humanos o al Servicio de Conserjería cuando esté disponible.

Si tiene preguntas sobre el proceso de precertificación, llame al número que aparece en su tarjeta de beneficios para miembros o hable con su representante de Recursos Humanos.



“Quería agradecerles por hacer todo lo posible para asegurarse de que tuviera todas las autorizaciones correctas para las diversas pruebas médicas que debían realizarse antes de mi procedimiento. Además de ser tan minucioso, agradezco mucho tu amabilidad y disposición para explicarme todo. Fue realmente una bendición tenerte como mi defensor. Estoy como nueva después de mi procedimiento; todo salió muy bien.”

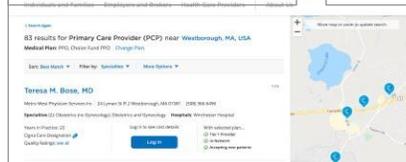
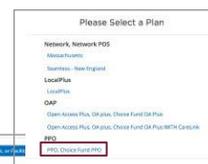
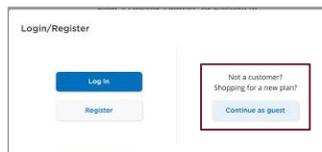
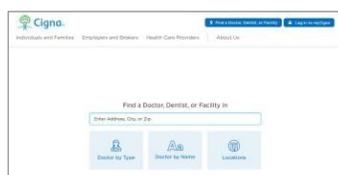
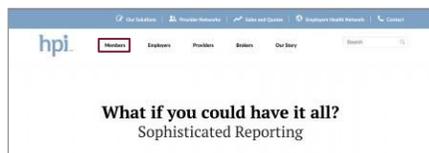


Cómo localizar un proveedor de la red PPO de Cigna

Buscar un proveedor PPO de Cigna en línea

¿Ya es miembro de HPI? Para acceder rápidamente a la herramienta de búsqueda de proveedores, utilice su número de identificación de miembro para registrarse en **My Plan**.

1. Vaya a **hpiTPA.com** y seleccione **Members**.
2. Haga clic en **Search for a Provider**, y luego seleccione **Cigna PPO Network** de la lista de todas las demás redes.
3. Para encontrar un proveedor cerca de usted, ingrese una dirección, ciudad o código postal, y luego elija entre las opciones de búsqueda:
 - Médico por tipo
 - Nombre del médico
 - Ubicaciones
4. Haga clic en **Continue as guest**.
5. Ingrese la ciudad, estado o código postal donde vive y haga clic en **Continue**. Luego, haga clic en la opción **PPO, Choice Fund PPO**.
6. Ver los resultados. Puede reorganizar los resultados utilizando la función de **Sort, Filter by or More Options**.



¿Tiene preguntas? Comuníquese con el servicio de atención al cliente de HPI en 800-532-7575 o visítenos en línea en 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

hpi. | Health Plans, Inc.

Nombre de su Empleador:
Apartado Postal 5199
Westborough, MA 01581

Servicio de Reenvío Solicitado

MARY A. DOE
100 MAIN STREET
LINDSEY CT
ANDOVER, MA 01810

Explicación de Beneficios

GUARDE UNA COPIA PARA SUS ARCHIVOS
ÉSTA NO ES UNA FACTURA

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-201
Fecha del Proceso: 27/03/2018
Paciente: JOHN W. DOE

Número de teléfono de Servicio al cliente fácil de localizar

Paciente: JOHN W. DOE Proveedor: ABC MRI DIAGNOSTICS, LLC
Demanda #: 216268W8200 Miembro: MARY A. DOE

Fecha de los Tratamientos	Código del Procedimiento	Monto del Cargo	Sin cobertura	Código de Razón	Monto Permitido	Monto Deductible	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	80%	\$823.23
Totales de las Columnas		\$1700.00	\$0.00		\$1472.85	\$558.15	\$0.00		\$823.23
*Responsabilidad del Paciente		\$649.62				Otros Créditos o Ajustes del Seguro		\$0.00	
						*Monto Total del Copago		\$0.00	
						Monto Total del Pago		\$823.23	

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

Montos separados de copagos y deductibles

Código/Descripción de la Razón
HP - SU DESCUENTO DE RED APLICADO

Los códigos de razón explican cómo se procesó un cargo

2018 Year-to-Date Plan Accumulators	Saldo hasta la Fecha	Máximo
JOHN W. DOE Deductible Individual Dentro de la Red	\$750.00	\$750.00
JOHN W. DOE Gastos en Efectivo Individuales Dentro de la Red	\$841.47	\$250.00
JOHN W. DOE Deductible Individual Fuera de la Red	\$0.00	\$1250.00
JOHN W. DOE Gastos en Efectivo Individuales Fuera de la Red	\$0.00	\$3000.00
Deductible Familiar Dentro de la Red	\$1500.00	\$1500.00
Gastos en Efectivo Familiar Dentro de la Red	\$1972.05	\$4500.00
Deductible 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 deductible 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

Su bienestar es importante en Atlantic Packaging

En Atlantic Packaging, su salud y bienestar son una prioridad. Ya sea que quiera aumentar su energía, manejar el estrés, mejorar su alimentación o perder peso, el Programa de Bienestar de Atlantic Packaging está aquí para apoyarlo en cada paso. Consideramos el bienestar como una parte fundamental del nuestro programa de beneficios, y estamos comprometidos a ayudarle a vivir una vida más saludable y equilibrada.



Creemos que la mejor atención médica es la **atención preventiva**. Por eso es importante que cada empleado tenga un proveedor de atención médica de confianza, que pueda establecer un punto de referencia para su salud y ayudar a detectar signos tempranos de condiciones crónicas.

Para apoyar esto, ofrecemos un **Programa de Incentivos del Plan Médico**, que le brinda oportunidad de obtener un descuento en su prima médica al completar cuatro actividades preventivas antes del **31 de agosto de 2026**:

Requisitos para el incentivo de bienestar:

- 1. Evaluación biométrica**
 - Las evaluaciones presenciales estarán disponibles en la mayoría de las sucursales en **octubre y noviembre de 2025**.
 - Si no puede asistir a un evento presencial, asegúrese de usar el formulario médico cuando visite a su doctor y envíelo a *WellRight*. Puede obtener este formulario en el portal de *WellRight*.
- 2. Examen físico anual**
 - Programe una cita con su proveedor de atención primaria.
 - Si es empleado de Tabor City, puede utilizar el *Carter Wellness Center*.
- 3. Un examen preventivo (según edad/género), limpieza dental o examen de la vista**
 - Los exámenes que califican incluyen:
 - Mamografía
 - Colonoscopia
 - Examen de bienestar femenino
 - Examen de próstata
 - Examen dental
 - Revisión de la piel
 - Examen de la vista
- 4. Una cita de One Health Coaching o de salud conductual**
 - Reúnase con **Marquee Health Coach** por teléfono o correo electrónico.
 - Llame al **1-800-882-2109** o envíe un correo a coaching@mywellportal.com

Una vez que haya completado cada actividad, cargue el **comprobante de finalización** en el portal de *WellRight*. Esto puede ser:

- Explicación de Beneficios
- Correo electrónico de confirmación
- Captura de pantalla desde el portal de su proveedor
- o, un formulario de verificación

Para recibir el descuento en la prima médica para el año del plan 2026-2027, debe cumplir con los requisitos del programa durante el año del plan 2025-2026. Si no cumple con la fecha límite del 31 de agosto, tan pronto

como complete las cuatro actividades en el nuevo año del plan, su tarifa se ajustará automáticamente para recibir el descuento de bienestar.

Además de ayudarlo a ahorrar en sus primas médicas, ¡también ofrecemos un Programa de Incentivos de Bienestar! Al participar en actividades como desafío de pasos, seminarios web de bienestar y más, puede ganar **boletos para una rifa** y tener la oportunidad de ganar **premios en efectivo** en el sorteo de fin de año.

El programa de bienestar de Atlantic es administrado por **WellRight**.

Visite <https://atlanticpkg.app.wellright.com/> o escanee el código QR para aprender más.



Para conocer todos los detalles del Programa de Incentivos Médicos otros Iniciativos de Bienestar, visite nuestra página de bienestar en el sitio web de beneficios: <https://atlanticpkg.hrbenefits.net/wellness>

Apoyo de Salud Mental y Asistencia al Empleado

Spring Health 



La vida es más fácil con la asistencia adecuada.

No necesita esperar a que se produzca una crisis para darle prioridad a su salud mental. Atlantic Packaging se asocia con Spring Health para brindarle atención y recursos personalizados que sirvan de apoyo ante cualquier reto que plantee la vida.

Spring Health puede cuidar de su salud mental al brindarle fácil acceso a:

Terapia y orientación

Terapia y orientación
Obtenga apoyo cuando sea conveniente para usted. Cada miembro recibe 6 sesiones gratuitas de terapia y 6 sesiones de orientación o coaching por año.

Orientación especial

Su Asesor de la atención puede guiarlo a través de su plan de atención, ayudarlo a encontrar al terapeuta adecuado y brindarle apoyo cuando lo necesite.

Ejercicios de bienestar

Moments es una biblioteca de ejercicios autoguiados que pueden ayudarlo a controlar el estrés, calmar la ansiedad, vencer el agotamiento, mejorar el sueño y practicar más la atención plena.

Proveedores diversos

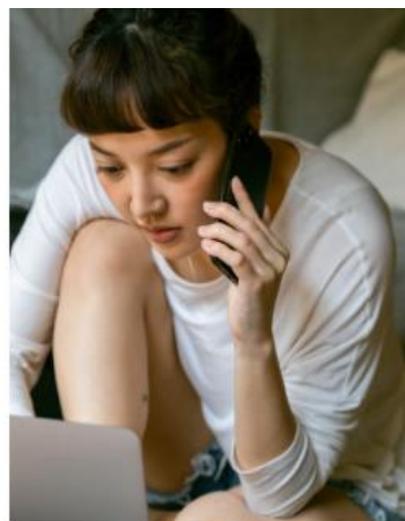
Elija un terapeuta experimentado con el que se sienta a gusto. Explore recomendaciones o busque por especialidad, género, etnia o idioma.

Atención personalizada

Realice una breve evaluación en línea y obtenga recomendaciones de atención que le ayuden con sus necesidades inmediatas y sus objetivos a largo plazo.

Ejercicios de bienestar a

Moments es una biblioteca de ejercicios autoguiados que pueden ayudarlo a controlar el estrés, calmar la ansiedad, vencer el agotamiento, mejorar el sueño y practicar más la atención plena.



Póngase en contacto con Spring Health

springhealth.com/support
1-855-629-0554

Asistencia general: L-V, 8am-11pm ET

Asistencia en caso de crisis: 24/7 (presión 2)

Comience hoy mismo:
atlanticpkg.springhealth.com

Aplicación móvil Spring Health

Código de vida y trabajo: atlanticpkg

Spring Health está disponible sin costo para todos los miembros de Atlantic Packaging y los socios.

Su atención con Spring Health es privada y confidencial.



Telemedicina



Teladoc es un servicio innovador disponible para cualquier empleado inscrito en el plan médico de Atlantic Packaging, así como para sus dependientes cubiertos. *Teladoc* brinda acceso 24/7 a médicos y pediatras calificados, con la comodidad de consultas telefónicas 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!

Si das tu consentimiento, siguiendo la consulta con *Teladoc*, ellos estarán encantados de proporcionar información sobre la visita a tu 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		
<i>Individual</i>	\$50	\$50
<i>Familia</i>	\$150	\$150
<i>¿Exento para la atención preventiva?</i>	Sí	Sí
Beneficio máximo anual		
<i>Por persona cubierta</i>	\$1,500	\$1,500
<i>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</i>	100%	100%
<i>Básico – Extracciones, empastes, cirugía oral, servicios de laboratorio necesarios para los procedimientos, anestesia general, atención endodóntica y periodontal</i>	80%	80%
<i>Mayor – coronas, incrustaciones, puentes, prótesis dentales, implantes</i>	50%	50%
Ortodoncia (hijos dependientes cubiertos hasta los 19 años)		
<i>Porcentaje de beneficio</i>	50%	50%
<i>Beneficio máximo de por vida</i>	\$1,000	\$1,000

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

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

Seguro de Visión



Atlantic Packaging ofrece a los empleados y a sus dependientes elegibles la opción de adquirir un seguro de visión a través de Superior Visión. El cuadro a continuación presenta un breve resumen del plan. Por favor, consulte la Descripción Resumida del Plan (SPD) para conocer los detalles completos.

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

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



Cuentas de Gastos Flexibles



Las cuentas de gastos flexibles lo ayudan a ahorrar dinero al brindar una forma de pagar ciertos gastos de atención médica y de cuidado de dependientes con dinero libre de impuestos. Existen dos tipos de cuentas de gastos flexibles, la FSA de Atención Médica (FSA) y la FSA de Cuidado de Dependientes (DCFSA):

FSA de Atención Médica (FSA)

Permite a los empleados aportar dinero antes de impuestos, deducidos de su nómina, para pagar gastos no cubiertos por ningún seguro en el que está inscrito. Estos dólares libres de impuestos se apartan a una cuenta personal de gastos flexibles (FSA) hasta cuando se necesiten. Usted puede aportar hasta \$3,300 durante el año del plan, del 1 de octubre al 30 de septiembre.

FSA de Cuidado de Dependientes (DCFSA)

Permite a los empleados reservar dinero libre de impuestos, deducidos directamente de su nómina, para pagar gastos de cuidado de niños relacionados con el trabajo o de cuidado de dependientes adultos. La DCFSA puede usarse para pagar el cuidado de hijos dependientes menores de 13 años o de cualquier dependiente discapacitado que viva con usted y que declare en sus impuestos. Sus ahorros totales dependerán de los ingresos familiares, su situación fiscal y el total de sus gastos. Si tiene gastos de cuidado de dependientes, puede optar por reclamar un crédito fiscal al presentar sus impuestos federales en lugar de contribuir a una Cuenta de Gastos Flexibles para Cuidado de Dependientes (DCFSA). El monto máximo anual que puede contribuir es de \$5,000 (o, \$2,500 si está casado y presenta impuestos por separado) por año calendario. Todos los participantes en la DCFSA deben completar el formulario 2441 del IRS al preparar su declaración de impuestos.



CÓMO FUNCIONA LA FSA O DCFSA

Durante el período de inscripción abierta, usted decide cuánto dinero desea aportar a la FSA y/o DCFSA para el próximo año del plan. Este monto se deducirá de su cheque de pago en partes iguales y antes de impuestos.

Los gastos deben realizarse durante el año del plan (1 de octubre al 30 de septiembre) y no deben ser elegibles para reembolso a través de ningún seguro en el que este inscrito ni otra fuente.

Tendrás 90 días después del final del año del plan para presentar reclamaciones de reembolso.

Visite www.flores247.com para acceder los formularios correspondientes, como *Reembolso de Cuidado de Dependiente Sin Espera*, *Reembolso Médico* o *Depósito Directo*.

Gastos elegibles y no elegibles

Para ver una lista completa de los gastos elegibles y no elegibles, visite www.irs.gov y consulte la Publicación 502.

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



Atlantic Packaging ofrece a los empleados elegibles beneficios básicos de seguro de vida y AD&D sin costo alguno para el empleado. El beneficio de vida se pagará al beneficiario que usted designe en caso de fallecimiento mientras esté cubierto por el plan. El beneficio de AD&D se pagará en caso de pérdida de vida o de una extremidad a causa de un accidente ocurrido mientras esté cubierto por el plan.

Lincoln Financial	
Empleado – Seguro básico de vida y AD&D	
<i>Beneficio máximo</i>	\$50,000
<i>Emisión garantizada</i>	\$50,000



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

Lincoln Financial	
Empleado – Seguro adicional de vida y AD&D	
<i>Incrementos</i>	\$1,000
<i>Beneficio máximo</i>	\$500,000
<i>Emisión garantizada</i>	\$350,000
Cónyuge – Seguro adicional de vida y AD&D	
<i>Incrementos</i>	\$1,000
<i>Beneficio máximo</i>	50% de la elección del empleado o \$250,000
<i>Emisión garantizada</i>	\$50,000
Dependientes – Seguro adicional de vida y AD&D	
<i>Beneficio máximo</i>	\$20,000
<i>Emisión garantizada</i>	\$20,000

Además de la cobertura básica de seguro de vida y AD&D pagada por la empresa, usted tiene la opción de adquirir un seguro de vida adicional para cubrir cualquier brecha en su cobertura existente que pueda ser resultado de reducciones por edad, incremento del costo de vida, obligaciones financieras, entre otros. Su elección podría estar sujeta a preguntas médicas y a evidencia de asegurabilidad.

Puede adquirir un seguro de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D) adicional con Lincoln Financial si desea más cobertura. Sus contribuciones

dependerán de su edad y del monto de cobertura que elija.

Todos los empleados elegibles tienen la opción de adquirir cobertura adicional en incrementos de \$1,000 hasta un máximo de \$500,000. Como nuevo empleado, puede elegir hasta \$350,000 sin necesidad de proporcionar evidencia de asegurabilidad. El beneficio de AD&D debe coincidir con el monto de beneficio de vida.

Los empleados también pueden elegir cobertura de vida y AD&D para su cónyuge y dependientes hasta los 26 años de edad. Todos los empleados elegibles tienen la opción de adquirir cobertura en incrementos de \$1,000 hasta el menor entre el 50% de la elección del empleado o \$250,000 para su cónyuge. Como nuevo empleado, puede elegir hasta \$50,000 para su cónyuge sin evidencia de asegurabilidad. El beneficio de AD&D debe coincidir con el monto de beneficio de vida.

El seguro de vida suplementario para sus dependientes menores de 26 años puede seleccionarse por \$20,000. El costo para asegurar a sus hijos es de \$2.90 mensual o, \$0.67 semanal. Este costo es el mismo sin importar la cantidad de hijos que tenga.

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

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

Seguro suplementario de vida y por muerte accidental y desmembramiento (AD&D)		
Tarifa por cada \$1,000		
Edad	Tarifa semanal	Tarifa mensual
<30	\$0.014	\$0.06
30-34	\$0.014	\$0.06
35-39	\$0.026	\$0.11
40-44	\$0.028	\$0.12
45-49	\$0.037	\$0.16
50-54	\$0.037	\$0.16
55-59	\$0.104	\$0.45
60-64	\$0.134	\$0.58
65-69	\$0.254	\$1.10
70+	\$0.409	\$1.77

Nota: si su hijo(a) también es empleado de Atlantic, no será elegible para cobertura como dependiente. Si ambos padres son empleados de Atlantic, solo uno de ellos puede cubrir a los hijos bajo el beneficio de vida para dependientes.

Durante el período de inscripción abierta para el año del plan 2025-2026, los empleados nuevos y actuales son elegibles para elegir o aumentar la cobertura de vida suplementaria para empleados hasta el límite de emisión garantizada de \$350,000, sin necesidad de proporcionar evidencia de asegurabilidad. Los empleados nuevos y actuales también son elegibles para elegir o aumentar el beneficio de seguro de vida suplementario para cónyuges hasta el límite de emisión garantizada de \$50,000, sin evidencia de asegurabilidad.

Fuera del período de inscripción anual de este año, es posible que se requiera evidencia de asegurabilidad (EOI) para cualquier aumento en la cobertura.

¡Recordatorio importante!

Asegúrese de designar un beneficiario o fideicomiso en vida para garantizar que sus activos se distribuyan conforme sus deseos.

Beneficiario

Recuerde mantener actualizado su beneficiario tanto para el seguro básico de vida como para el suplementario, lo cual puede hacerse en cualquier momento durante el año. Si está casado, y resides en un estado con propiedad comunitaria, la aseguradora puede requerir que designe a su cónyuge (o en algunos casos, su pareja doméstica registrada) para al menos el 50% del beneficio, a menos que tenga un aviso de renuncia firmado por 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 seguro suplementario de vida.

Seguro de Discapacidad



Como empleado de Atlantic Packaging, usted puede optar por inscribirse en el plan de discapacidad a corto plazo (*STD*) y/o en el plan de discapacidad a largo plazo (*LTD*). Los planes de discapacidad le brindan protección financiera al pagar una parte de su ingreso mientras se encuentra incapacitado debido a un accidente o enfermedad. El monto que reciba se basará en el salario que percibía antes de que comenzara su discapacidad. **Durante el período de inscripción abierta para el año del plan 2025-2026, los empleados elegibles pueden elegir la cobertura *STD* y *LTD* sin necesidad de presentar evidencia de asegurabilidad.**

Discapacidad a corto plazo (*STD*)

Este beneficio cubre el 60% de su salario base semanal, hasta un máximo de \$2,000 por semana. El beneficio comienza después de 7 días de enfermedad o lesión y se extiende por un período máximo de 12 semanas. Para conocer los detalles completos del plan, consulte el resumen del plan.

Aquí se muestra un ejemplo de cómo calcular la prima de *STD*:

Supongamos un salario base anual de \$30,000 para un empleado de 35 años el 1º de octubre:

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

Nota: si su beneficio semanal es mayor que el beneficio máximo semanal de \$2,000, utilice \$2,000 para continuar con los cálculos en el paso 3.

3. $\$346.15 / 10$ (calculada en base de \$10 de beneficio semanal) = \$34.62
4. $\$34.62 \times \0.067 (tarifa semanal para 35 años) = \$2.32 costo semanal

Discapacidad a corto plazo		
Tasa por cada \$10 de beneficio semanal		
Edad	Tasa semanal	Tasa mensual
<29	\$0.074	\$0.32
30-39	\$0.067	\$0.29
40-44	\$0.069	\$0.30
45-49	\$0.076	\$0.33
50-54	\$0.092	\$0.40
55-59	\$0.127	\$0.55
60+	\$0.145	\$0.63

Discapacidad a largo plazo (*LTD*)

El seguro de discapacidad a largo plazo proporciona protección de ingresos en caso de que no pueda trabajar debido a una enfermedad o lesión prolongada no relacionada con el trabajo. Este beneficio cubre el 60% de su sueldo mensual, hasta \$10,000. Los pagos de beneficio comienzan después de 90 días de discapacidad. Consulte el certificado de cobertura para ver la duración del beneficio y, el resumen del plan para ver los detalles completos.

Aquí se muestra un ejemplo de cómo calcular la prima de *LTD*:

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

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

Nota: si su sueldo mensual es mayor de \$16,667, utilice \$16,667 para continuar con los cálculos en el paso 2.

2. $\$2,500 / 100$ (calculada en base de \$100 de beneficio mensual) = \$25
3. $\$25 \times \0.072 (tarifa semanal para 35 años) = \$1.80 costo semanal

Discapacidad a largo plazo		
Tasa por cada \$100 de sueldo mensual		
Edad	Tasa semanal	Tasa mensual
<25	\$0.030	\$0.13
25-29	\$0.035	\$0.15
30-34	\$0.048	\$0.21
35-39	\$0.072	\$0.31
40-44	\$0.099	\$0.43
45-49	\$0.157	\$0.68
50-54	\$0.222	\$0.96
55-59	\$0.279	\$1.21
60+	\$0.279	\$1.21



Beneficios voluntarios adicionales



Como empleado elegible para beneficios en Atlantic Packaging, usted puede adquirir pólizas voluntarias de accidentes, enfermedades graves y de indemnización hospitalaria a través de Lincoln Financial.

Seguro de Accidentes	<p>El seguro de accidentes le paga beneficios por lesiones y evento específicos que resulten de un accidente cubierto que ocurra a partir de la fecha de vigencia. El monto de beneficio depende del tipo de lesión y la atención recibida:</p> <ul style="list-style-type: none">• Emisión garantizada: no se requieren preguntas ni exámenes médicos• Flexible: puede usar los pagos del beneficio para cualquier propósito que desee• Portátil: si se va de la empresa o se jubila, puede mantener la cobertura• Incluye un beneficio de bienestar de \$75 si completa un examen preventivo
Seguro de Enfermedades Graves	<p>El seguro de enfermedades graves paga un beneficio único si se le diagnostica una enfermedad o condición cubierta a partir de la fecha de vigencia. La cobertura está disponible para el empleado, su cónyuge y dependientes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Emisión garantizada: no se requieren preguntas ni exámenes médicos• Flexible: puede usar los pagos del beneficio para cualquier propósito que desee• Portátil: si se va de la empresa o se jubila, puede mantener la cobertura• Incluye un beneficio de bienestar de \$75 si completa un examen preventivo
Seguro de Indemnización Hospitalaria	<p>El seguro de indemnización hospitalaria proporciona un pago de beneficio diario fijo si tiene estancia cubierta en el hospital, unidad de cuidados intensivos o centro de rehabilitación a partir de la fecha de vigencia del plan:</p> <ul style="list-style-type: none">• Emisión garantizada: no se requieren preguntas ni exámenes médicos• Flexible: puede usar los pagos del beneficio para cualquier propósito que desee• Portátil: si se va de la empresa o se jubila, puede mantener la cobertura• Incluye un beneficio de bienestar de \$75 si completa un examen preventivo



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, Allstate 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.

Allstate 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
<i>Empleado</i>	\$7.95	\$1.83	\$9.95	\$2.30
<i>Empleado + Familia</i>	\$13.95	\$3.22	\$17.95	\$4.14

Recurso de Medicare

Un servicio personalizado para facilitarle Medicare está disponible a través de *MyBenefit Advisor*. Patty Norton es especialista en Medicare y puede guiarlo a través de sus opciones de Medicare, ayudarlo con la inscripción y asistirlo para obtener cobertura de Medicare.

Puede comunicarse directamente con Patty llamando al 954-607-4151. También puede programar una cita con Patty visitando <https://calendly.com/patty-norton>.



Patricia Norton
Ejecutiva de Cuentas
Agente de ventas de Medicare
Línea directa: (954) 607-4151
patty.norton@mybenefitadvisor.com

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 de 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 según esta política es una licencia pagada que se puede utilizar con el nacimiento del hijo de una empleada. Las empleadas de tiempo completo, con al menos un año completo de servicio a la fecha de nacimiento, son elegibles.

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

Parto vaginal normal

- Semana 1 – 100% del salario base utilizando el tiempo libre remunerado de la empleada (*PTO*)
- Semana 2-6 – 100% del salario base con el plan de discapacidad 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 de la empleada (*PTO*)
- Semana 2-8 – 100% del salario base con el plan de discapacidad 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 de la empleada (*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 401(k). Puede contribuir hasta el 100% de su salario por período de pago. La empresa igualará el 30% de las primeras contribuciones diferidas hasta el 6%, y la aportación de la empresa es 100% propiedad del empleado desde el primer momento. El plan ofrece una variedad de opciones de inversión diversificadas. Los empleados son elegibles para la igualación de la compañía después de 1 año de servicio como empleado de tiempo completo. Las fechas de entrada al plan son el 1 de enero y 1 de julio. Existen dos opciones de aportación: tradicional (antes de impuestos) y Roth (después de impuestos).

Los nuevos empleados tienen 30 días desde su fecha de contratación para elegir su contribución antes de ser inscritos AUTOMÁTICAMENTE al 6%. Para realizar su elección de aportaciones, vaya al sitio web de Principal al www.principal.com o llame al 800-986-3343 para hablar con el servicio 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 miles de ofertas de descuentos. Para acceder a *LifeMart*, vaya a: discountmember.lifecare.com e ingrese el código de registro: USI.



DEPÓSITO DIRECTO DE NÓMINA

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.



Lista de contactos

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 representantes 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 representantes 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 habitual, deje un mensaje y uno de los representantes le devolverá la llamada o su correo electrónico antes de que finalice el siguiente día hábil.

Aseguradora / Contactos del Departamento de Recursos Humanos

BENEFICIO	ASEGURADORA	TELÉFONO	SITIO WEB / CORREO ELECTRÓNICO
<i>Seguro médico</i>	Pathways	1-888-296-7179	hpiTPA.com
<i>Medicamentos recetados</i>	OptumRx	1-800-334-8134	www.optumrx.com
<i>Telemedicina</i>	Teladoc	1-800-835-2362	www.teladoc.com
<i>Programa de Bienestar</i>	Wellright	https://atlanticpkg.app.wellright.com/	
<i>Seguro dental</i>	Delta Dental	1-800-662-8856	www.deltadentalinc.com
<i>Seguro de visión</i>	Superior Vision	1-800-507-3800	www.superiorvision.com
<i>Cuentas de gastos flexibles</i>	Flores	1-800-532-3327	www.flores247.com
<i>Vida y AD&D</i>	Lincoln Financial	1-800-790-7790	LincolnFinancial.com
<i>Vida adicional</i>			
<i>Discapacidad corto plazo (STD)</i>	Lincoln Financial	1-800-790-7790	LincolnFinancial.com
<i>Discapacidad largo plazo (LTD)</i>			
<i>FMLA</i>			
<i>EAP/Salud Conductual</i>	Spring Health	1-855-629-0554	atlanticpkg.springhealth.com
<i>Enfermedades graves</i>	Lincoln Financial	1-800-790-7790	LincolnFinancial.com
<i>Indemnización hospitalaria</i>			
<i>Accidente</i>			
<i>Plan 401(k)</i>	Principal	1-800-986-3343	www.principal.com
<i>Recurso de Medicare</i>	Patty Norton	1-954-607-4151	patty.norton@mybenefitadvisor.com

Contactos del equipo de Recursos Humanos de Atlantic

Sitio web de beneficios	https://atlanticpkg.hrbenefits.net		
<i>Eryn Johnson</i>	Para toda la empresa	910-398-6174	erynt@atlanticpkg.com
<i>Lynn Vann</i>	Para toda la empresa	910-398-6135	lynnv@atlanticpkg.com
<i>Sarah Klein</i>	Para toda la empresa	910-398-6140	sarahkl@atlanticpkg.com
<i>Renee Windham</i>	Tabor City	910-343-0624	renew@atlanticpkg.com
<i>Robby Daniels</i>	Tabor City	910-653-7450	robbyd@atlanticpkg.com
<i>Becca Schusler</i>	Director de Bienestar	704-909-5731	beccas@atlanticpkg.com

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 2025
- 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 Acreditada. Debido a que su cobertura actual es Acreditada, 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 suscribirse 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 2025
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

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://dhhr.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 ebbsa.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: Qué cubre este plan y cuánto paga usted por los servicios cubiertos | **Período de cobertura: 1 oct. 2025 – 30 sep. 2026**
Cobertura para: Empleado y dependientes | **Tipo de plan:** Indemnización

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
<p> El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC explica cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. NOTA: La información sobre el costo de este plan (que se conoce como prima) se proporcionará por separado.</p> <p>Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-888-296-7179. Para obtener definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte el Glosario. Puede consultar el Glosario en healthcare.gov/sbc-glossary o llamar al 1-888-296-7179 para solicitar una copia.</p>	<p>Por lo general, debe pagar todos los cargos de los <u>proveedores</u> hasta alcanzar el monto del <u>deducible</u>; luego, el <u>plan</u> comienza a cubrir estos gastos. Si el <u>plan</u> está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.</p> <p>Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque no haya alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, podría aplicarse un <u>copago</u> o <u>coseguro</u>. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance el deducible. Consulte una lista de <u>servicios preventivos cubiertos</u> en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits.</p> <p>No es necesario alcanzar el <u>deducible</u> por servicios específicos.</p> <p>El <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> es el monto máximo que podría tener que pagar en un año por los servicios cubiertos. Si el <u>plan</u> está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio <u>límite de gastos de bolsillo</u> hasta que el <u>límite de gastos de bolsillo</u> general para la familia haya sido cubierto.</p> <p>Si bien usted paga estos gastos, no cuentan para el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u>.</p> <p>Este plan no utiliza una red de proveedores. Puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor.</p> <p>Puede consultar a un <u>especialista</u> de su elección sin necesidad de una <u>referencia</u>.</p>	<p>Plan individual: \$500 por empleado Plan familiar: \$500 individual / \$1,000 familiar</p>
<p>¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u>?</p>	<p>Sí. Los servicios preventivos y las visitas en consultorio médico son algunos de los servicios cubiertos antes de alcanzar el <u>deducible</u>.</p>	<p>Plan individual: \$2,500 por empleado Plan familiar: \$2,500 individual / \$5,000 familiar</p>
<p>¿Existen otros <u>deducibles</u> para servicios específicos?</p>	<p>No.</p>	<p>Primas, cargos por <u>facturación de saldo restante</u> y atención médica que este <u>plan</u> no cubre.</p>
<p>¿Cuál es el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u> de este <u>plan</u>?</p>	<p>No corresponde</p>	<p>No.</p>
<p>¿Qué no se incluye en el <u>límite de gastos del propio bolsillo</u>?</p>	<p>No.</p>	<p>¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red? ¿Hace falta una referencia para ver a un <u>especialista</u>?</p>

 Todos los gastos por copagos y coseguro indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el deducible , si correspondiera un deducible .			
Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Servicios prestados por médicos y centros de salud	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si visita el consultorio o centro médico de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$25 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son <u>preventivos</u> . Pregunte a su proveedor si los servicios son <u>preventivos</u> . Luego, verifique cuánto pagará el <u>plan</u> .
	Visita a <u>especialista</u>	\$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	
	Atención <u>preventiva</u> / exámenes de <u>detección</u> / vacunación	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	
Si se realiza análisis o exámenes	Prueba <u>diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	Se requiere <u>autorización</u> <u>previa</u> para estudios de imágenes
	Mamografías y densitometrías óseas	20 % de <u>coseguro</u>	
	Todas las demás pruebas de imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20 % de <u>coseguro</u>	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. En <u>hpiTPA.com</u> , puede encontrar más información sobre la <u>cobertura</u> de <u>medicamentos</u> <u>recetados</u>	Genéricos— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	\$10 de <u>copago</u> por medicamento \$30 de <u>copago</u> por medicamento \$20 de <u>copago</u> por medicamento	Deducible exento. * solo medicamentos de mantenimiento Algunos medicamentos recetados están sujetos a un tratamiento escalonado. Es posible que primero tenga que usar otros medicamentos recetados o productos farmacéuticos.
	De marca preferida— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$100 máximo 30 % de <u>coseguro</u> ; \$300 máximo 30 % de <u>coseguro</u> ; \$200 máximo	
	De marca no preferida— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo 50 % de <u>coseguro</u> ; \$750 máximo 50 % de <u>coseguro</u> ; \$500 máximo	
	Medicamentos de <u>especialidad</u>	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo	
	Farmacia/Pedido por correo (30 días)		
	Cargo de la institución (centro quirúrgico ambulatorio, etc.)	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	
	Colonoscopias diagnósticas		
	Honorarios del médico/cirujano		
	Atención en sala de <u>emergencias</u>	20 % de <u>coseguro</u>	
	Primera visita del año	20 % de <u>coseguro</u>	
Todas las visitas posteriores en el año	20 % de <u>coseguro</u>		
Transporte médico de <u>emergencia</u>	\$250 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento		
Atención de <u>urgencia</u>	20 % de <u>coseguro</u>		
Cargo de la institución (p. ej., habitación de hospital)	\$50 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento		
Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>		
Si tiene una internación			Se requiere <u>autorización</u> <u>previa</u>
Se requiere <u>autorización</u> <u>previa</u> para todos los ingresos hospitalarios y servicios prestados en un hospital, centro quirúrgico, centro ambulatorio o centro de diálisis.			



Todos los gastos por **copagos** y **coseguro** indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el **deducible**, si correspondiera un **deducible**.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Servicios prestados por médicos y centros de salud	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios— Visita en consultorio Tratamiento ambulatorio intensivo Servicios de internación	\$25 de copago por visita; <u>deducible exento</u> Sin cargo; <u>deducible exento</u> 20 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para tratamiento ambulatorio intensivo y servicios de internación
Si está embarazada	Visitas en consultorio— Atención prenatal Atención posnatal Servicios profesionales de parto Servicios del centro de maternidad	Sin cargo; <u>deducible exento</u> 20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías). Requiere <u>notificación previa</u> antes del parto y <u>autorización previa</u> para internaciones de más de 48 horas (parto normal) o 96 horas (cesárea). Se requiere <u>autorización previa</u> . Se requiere <u>autorización previa</u> para servicios con internación. 30 visitas por año combinadas para terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia. Se requiere <u>autorización previa</u> después de 13 visitas (por servicio) de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria Servicios de rehabilitación— Con internación Ambulatorios Servicios de <u>habilitación</u> — Intervención temprana Retraso del desarrollo Atención de enfermería especializada	20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u> \$50 de copago por visita; <u>deducible exento</u> 20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u>	Hasta los 3 años Autorización <u>previa</u> y límites de consultas en función de los servicios prestados 60 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> Se requiere <u>autorización previa</u> para equipos de más de \$2,500.
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Equipo médico duradero— Demás equipos médicos duraderos Suministros para diabéticos Cuidados paliativos Examen de la vista para niños Lentes para niños Control odontológico para niños	Sin cargo; <u>deducible exento</u> Sin cobertura Sin cobertura	Se requiere <u>autorización previa</u> 1 examen por año N/D N/D

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).	
<ul style="list-style-type: none">• Cirugía estética• Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.• Programas de disminución de peso	<ul style="list-style-type: none">• Atención odontológica (de control para niños y adultos)• Servicios de enfermería privada• Atención de larga duración• Pedicura de rutina
Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).	
<ul style="list-style-type: none">• Acupuntura• Audífonos (1 audífono por oído c/ 3 años)	<ul style="list-style-type: none">• Cirugía bariátrica• Tratamiento de la infertilidad (\$25,000 de por vida p/ atención médica y \$10,000 de por vida p/ medicamentos)• Quiropraxia (30 visitas por año con fisioterapia y terapia ocupacional)• Control oftalmológico (adulto: 1 examen por año)

Sus derechos de continuación de la cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que esta finaliza. La información de contacto de estos organismos la brinda la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., teléfono: 1-866-444-EBSA (3272) o sitio web: www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede acceder a otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentar quejas y apelaciones: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de un reclamación. Este reclamo se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con el plan al 1-888-296-7179. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona la cobertura esencial mínima? **Si.**

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? **Si.**

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para obtener un crédito fiscal para la prima que le servirá para pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

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

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

Chinese (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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.—————



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios de sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que pagaría usted con los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se refieren solo a una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **Deducible general del plan** \$500
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro del hospital (centro)** 20 %
- **Otros sin cargo**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas a especialista (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios del centro de maternidad
 Pruebas diagnósticas (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesia)

Ejemplo de costo total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$2,170

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención médica de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **Deducible general del plan** \$500
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro del hospital (centro)** 20 %
- **Coseguro, otros** 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas al médico de atención primaria (incluida educación sobre la enfermedad)
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Ejemplo de costo total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$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 la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **Deducible general del plan** \$500
- **Copago de especialista** \$50
- **Coseguro del hospital (centro)** 20 %
- **Copago, otros** \$50

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (incluidos suministros médicos)
 Prueba diagnóstica (radiografías)
 Equipo médico duradero (muletas)
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Ejemplo de costo total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

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

! El documento Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un plan de salud. El SBC explica cómo usted y el plan compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este plan (que se conoce como prima) se proporcionará por separado. Este es solo un resumen. Para obtener más información sobre su cobertura o para obtener una copia de los términos completos de la cobertura, llame al 1-888-296-7179. Para obtener definiciones generales de términos frecuentes, como monto permitido, facturación de saldo, coseguro, copago, deducible, proveedor u otros términos subrayados, consulte 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 deducible general?	Dentro de la red -- Plan individual: \$1,500 por empleado Plan familiar: \$1,500 individual / \$3,000 familiar Fuera de la red -- Plan individual: \$3,000 por empleado Plan familiar: \$3,000 individual / \$6,000 familiar	Por lo general, debe pagar todos los cargos de los proveedores hasta alcanzar el monto del deducible; luego, el plan comienza a cubrir estos gastos. Si el plan está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio deducible individual hasta que el monto total de los gastos deducibles pagados por todos los miembros de la familia alcance el deducible familiar general.
¿Hay servicios que estén cubiertos antes de alcanzar el deducible?	Sí. Los servicios preventivos y las visitas en consultorio médico son algunos de los servicios cubiertos antes de alcanzar el deducible.	Este plan cubre algunos artículos y servicios aunque no haya alcanzado el monto del deducible. Sin embargo, podría aplicarse un copago o coseguro. Por ejemplo, este plan cubre algunos servicios preventivos sin costo compartido y antes de que usted alcance el deducible. Consulte una lista de servicios preventivos cubiertos en healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits .
¿Existen otros deducibles para servicios específicos?	No.	No es necesario alcanzar el deducible por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos del propio bolsillo de este plan?	Dentro de la red -- Plan individual: \$5,000 por empleado Plan familiar: \$5,000 individual / \$10,000 familiar Fuera de la red -- Plan individual: \$10,000 por empleado Plan familiar: \$10,000 individual / \$20,000 familiar	El límite de gastos del propio bolsillo es el monto máximo que podría tener que pagar en un año por los servicios cubiertos. Si el plan está integrado por otros miembros de la familia, cada uno debe alcanzar su propio límite de gastos de bolsillo hasta que el límite de gastos de bolsillo general para la familia haya sido cubierto.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos del propio bolsillo?	Primas, cargos por facturación de saldo restante y atención médica que este plan no cubre.	Si bien usted paga estos gastos, no cuentan para el límite de gastos del propio bolsillo.
¿Pagará menos si acude a un proveedor de la red?	Sí. Consulte la lista de proveedores de la red en hpiTPA.com o llame al 1-888-296-7179.	Este plan utiliza una red de proveedores. Usted paga menos si utiliza un proveedor de la red del plan. Pagará más si utiliza un proveedor fuera de la red; es posible que reciba una factura de un proveedor por la diferencia entre el cargo del proveedor y lo que cubre su plan (facturación de saldo restante).
¿Hace falta una referencia para ver a un especialista?	No.	Puede consultar a un especialista de su elección sin necesidad de una referencia.

 Todos los gastos por copagos y coseguro indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el deducible , si correspondiera un deducible .			
Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Proveedor dentro de la red (Paga menos)	Proveedor fuera de la red (Paga más)
Si visita el consultorio o centro médico de un proveedor de salud	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	\$35 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>
	Visita a <u>especialista</u>	\$75 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>
	Atención preventiva / exámenes de detección / vacunación	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>
Si se realiza análisis o exámenes	Prueba <u>diagnóstica</u> (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>
	Mamografías y densitometrías óseas Todas las demás pruebas	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. En hpiTPA.com , puede encontrar más información sobre la cobertura de medicamentos recetados	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>
	Genéricos—		
	En farmacia (30 días)	\$10 de <u>copago</u> por medicamento	
	En farmacia* (90 días)	\$30 de <u>copago</u> por medicamento	
	Por correo (90 días)	\$20 de <u>copago</u> por medicamento	
	De marca preferida—		
	En farmacia (30 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$100 máximo	
	En farmacia* (90 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$300 máximo	
	Por correo (90 días)	30 % de <u>coseguro</u> ; \$200 máximo	
	De marca no preferida—		
En farmacia (30 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo		
En farmacia* (90 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$750 máximo		
Por correo (90 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$500 máximo		
Medicamentos de especialidad—			
Farmacia/Pedido por correo (30 días)	50 % de <u>coseguro</u> ; \$250 máximo		
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de la institución (centro quirúrgico ambulatorio, etc.)	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>
	Colonoscopias diagnósticas Todos los demás servicios	20 % de <u>coseguro</u>	
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	\$500 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	
	Primera visita del año	20 % de <u>coseguro</u>	
	Todas las visitas posteriores en el año	20 % de <u>coseguro</u>	
Si tiene una internación	Transporte médico de emergencia	\$100 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>
	Atención de urgencia		40 % de <u>coseguro</u>
	Cargo de la institución (p. ej., habitación de hospital)	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>
Honorarios del médico/cirujano	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
Se requiere autorización previa para todos los ingresos hospitalarios y servicios prestados en un hospital, centro quirúrgico, centro ambulatorio o centro de diálisis.			

! Todos los gastos por copagos y coseguro indicados en este cuadro son los montos que usted paga tras haber cubierto el deducible, si correspondiera un deducible.

Situación médica habitual	Servicios que puede necesitar	Proveedor dentro de la red (Paga menos)	Proveedor fuera de la red (Paga más)	Limitaciones, excepciones y otra información importante
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios— Visita en consultorio	\$35 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para tratamiento ambulatorio intensivo y servicios de internación
	Tratamiento ambulatorio intensivo	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>	
Si está embarazada	Servicios de internación	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios que se describen en el SBC (p. ej., ecografías). Requiere notificación previa antes del parto y autorización previa para internaciones de más de 48 horas (parto normal) o 96 horas (cesárea).
	Visitas en consultorio— Atención prenatal	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Atención posnatal	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u> para servicios con internación.
	Servicios profesionales de parto	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	30 visitas por año combinadas para terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia.
	Servicios del centro de maternidad	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Hasta los 3 años
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Autorización <u>previa</u> y límites de consultas en función de los servicios prestados
	Servicios de rehabilitación— Con internación	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	60 días por año. Se requiere <u>autorización previa</u> .
	Ambulatorios	\$75 de <u>copago</u> por visita; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>	Autorización <u>previa</u> necesaria para elevadores de asiento, bombas, sillas de ruedas, vehículos eléctricos, dispositivos generadores de voz, bomba de infusión de insulina, estimuladores de osteogénesis, estimuladores neuromusculares, incluidos los TENS (neuroestimulación eléctrica transcutánea).
	Servicios de <u>habilitación</u> — Intervención temprana Retraso del desarrollo	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u>
	Atención de enfermería <u>especializada</u>	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Equipo médico duradero— Demás equipos médicos duraderos Suministros para diabéticos	20 % de <u>coseguro</u> 20 % de <u>coseguro</u> ; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u> 40 % de <u>coseguro</u>	
	Cuidados paliativos	20 % de <u>coseguro</u>	40 % de <u>coseguro</u>	Se requiere <u>autorización previa</u>
	Examen de la vista para niños	Sin cargo; <u>deducible</u> exento	40 % de <u>coseguro</u>	1 examen por año
	Lentes para niños	Sin cobertura	N/D	
	Control odontológico para niños	Sin cobertura	N/D	

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que su plan generalmente NO cubre (consulte su póliza o el documento del plan para obtener más información y una lista de otros servicios excluidos).

- Cirugía estética
- Atención médica que no es de emergencia cuando viaja fuera de los EE. UU.
- Programas de disminución de peso
- Atención odontológica (de control para niños y adultos)
- Servicios de enfermería privada
- Atención de larga duración
- Pedicura de rutina

Otros servicios cubiertos (pueden aplicarse limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Consulte el documento de su plan).

- Acupuntura
- Audífonos (1 audífono por oído c/ 3 años)
- Cirugía bariátrica
- Tratamiento de la infertilidad (\$25,000 de por vida p/ atención médica y \$10,000 de por vida p/ medicamentos)
- Quiropraxia (30 visitas por año con fisioterapia y terapia ocupacional)
- Control oftalmológico (adulto: 1 examen por año)

Sus derechos de continuación de la cobertura: Existen organismos que pueden ayudarlo si desea continuar con su cobertura después de que esta finaliza. La información de contacto de estos organismos la brinda la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU., teléfono: 1-866-444-EBSA (3272) o sitio web: www.dol.gov/ebsa/healthreform. También puede acceder a otras opciones de cobertura, como la compra de cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros de salud. Para obtener más información sobre el Mercado, visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596.

Sus derechos de presentar quejas y apelaciones: Hay organismos que pueden ayudarlo si tiene un reclamo contra su plan por la denegación de un reclamo. Este reclamo se llama queja o apelación. Para obtener más información sobre sus derechos, consulte la explicación de los beneficios que recibirá por esa reclamación médica. Los documentos de su plan también proporcionan información completa sobre cómo presentar una reclamación, una apelación o una queja a su plan por cualquier motivo. Para obtener más información sobre sus derechos, este aviso o si necesita asistencia, comuníquese con el plan al 1-888-296-7179. También puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados del Departamento de Trabajo de EE. UU. al 1-866-444-EBSA (3272) o en www.dol.gov/ebsa/healthreform.

¿Este plan proporciona la cobertura esencial mínima? Sí.

Por lo general, la cobertura esencial mínima incluye planes, seguros de salud disponibles a través del Mercado u otras pólizas del mercado individual, Medicare, Medicaid, Programa de Seguro Médico para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP), TRICARE y algunas otras coberturas. Si usted cumple los requisitos para ciertos tipos de cobertura esencial mínima, es posible que no sea elegible para obtener el crédito fiscal para la prima.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su plan no cumple los estándares de valor mínimo, es posible que sea elegible para obtener un crédito fiscal para la prima que le servirá para pagar un plan a través del Mercado.

Servicios de acceso lingüístico:

Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-888-296-7179
Portuguese (Português): De assistência em Português, ligue 1-888-296-7179
Chinese (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 de ejemplo, consulte la siguiente sección.—————



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos que se muestran son solo ejemplos de cómo este plan podría cubrir la atención médica. Sus costos reales serán diferentes según la atención real que reciba, los precios de sus proveedores y muchos otros factores. Concéntrese en los montos del costo compartido (deducibles, copagos y coseguro) y los servicios excluidos del plan. Utilice esta información para comparar la parte de los costos que pagaría usted con los diferentes planes de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se refieren solo a una cobertura individual.

Peg va a tener un bebé

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

- **Deducible** general del plan \$1,500
- **Copago** de especialista \$75
- **Coseguro** del hospital (centro) 20 %
- **Otros sin cargo**

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas a especialista (atención prenatal)
 Servicios profesionales de parto
 Servicios del centro de maternidad
 Pruebas diagnósticas (ecografías y análisis de sangre)
 Visita al especialista (anestesia)

Ejemplo de costo total \$12,700

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$1,500
Copagos	\$10
Coseguro	\$1,400
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$2,970

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención médica de rutina dentro de la red para una afección bien controlada)

- **Deducible** general del plan \$1,500
- **Copago** de especialista \$75
- **Coseguro** del hospital (centro) 20 %
- **Coseguro, otros** 20 %

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Consultas al médico de atención primaria (incluida educación sobre la enfermedad)
 Pruebas diagnósticas (análisis de sangre)
 Medicamentos recetados
 Equipo médico duradero (medidor de glucosa)

Ejemplo de costo total \$5,600

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$800
Copagos	\$700
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$20
El total que pagaría Joe es	\$1,520

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencias dentro de la red y atención de seguimiento)

- **Deducible** general del plan \$1,500
- **Copago** de especialista \$75
- **Coseguro** del hospital (centro) 20 %
- **Copago, otros** \$75

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en sala de emergencias (incluidos suministros médicos)
 Prueba diagnóstica (radiografías)
 Equipo médico duradero (muletas)
 Servicios de rehabilitación (fisioterapia)

Ejemplo de costo total \$2,800

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducible	\$1,200
Copagos	\$900
Coseguro	\$0
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$2,100



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.