ATLANTIC PACKAGING

Guía de Beneficios

2026-2027



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. © 2026 USI Insurance Services. Todos los derechos reservados.

Contenidos

Un mensaje del Departamento de Recursos Humanos 3
Elegibilidad 4
Sitio web de beneficios 4
Benefits All In (BAI) 5
Seguro Médico 6
Medicamentos Recetados 7
Contribución del empleado 7
Programa de Peso Saludable AchieveHealth® 8
RxSaveCard 9
Pathways Concierge Member Advocacy 10
Proceso de autorización previa 12
Cómo localizar un proveedor de la red PPO de Cigna 14
Cómo leer la Explicación de Beneficios *(EOB)* 15
Iniciativa de bienestar de Atlantic Packaging 16
Telemedicina 18
Seguro Dental 19
Seguro de Visión 20
Cuentas de Gastos Flexibles 21
Seguro Básico de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento *(AD&D)* 22
Seguro Suplementario de Vida y por Muerte Accidental y Desmembramiento *(AD&D)* 22
Seguro de Discapacidad 24
Beneficios voluntarios adicionales de Lincoln 25
Beneficios voluntarios adicionales de Chubb 26
Plan de protección de identidad de Allstate 27
Recurso de Medicare 28
Días festivos 28
Tiempo libre remunerado *(PTO)* 28
Política de licencia por maternidad 29
Plan de jubilación 30
Beneficios adicionales 30
Lista de contactos 31
NOTIFICACIONES REQUERIDAS 32
Resumen de beneficios y cobertura (SBC) 46

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 accessible 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 2026-2027. 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 document 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 vijentes, 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.

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.

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. **Tenga en cuenta que, si su cónyuge dispone de cobertura a través de su empleador, no podrá inscribirse en el plan médico de Atlantic.**

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.

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.

Benefits All In (BAI)



Gestionar la inscripción en un seguro puede resultar confuso, pero no tiene por qué ser así. Por eso nos hemos asociado con **Benefits All In (BAI)**, un equipo de consultoría de salud de confianza dedicado a ayudarle a tomar decisiones informadas y seguras sobre sus beneficios.

A través de esta colaboración, tendrá acceso a especialistas autorizados en recursos para ejecutivos, quienes le ayudarán a evaluar su cobertura actual, explorar nuevas opciones e identificar oportunidades para reducir los gastos de su propio bolsillo, todo ello garantizando que las necesidades de su familia estén plenamente cubiertas.

Da los primeros pasos ahora completando la Encuesta de Necesidades del Hogar para asegurarte de que Benefits All In pueda brindar el mejor apoyo a todo tu hogar.

Se puede acceder a la encuesta haciendo clic aquí o escaneando el código QR.

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**
Individual	$750	$1,500	$3,000
Familia	$1,500	$3,000	$6,000
Coseguro	20%	20%	40%
Desembolso máximo*			
Individual	$3,000	$5,000	$10,000
Familia	$6,000	$10,000	$20,000
Visitas médicas			
Atención Primaria	$25 copago	$35 copago	Deducible luego 40%
Especialista	$50 copago	$75 copago	Deducible luego 40%
Telesalud	$0 copago	$0 copago	No hay cobertura
Cuidado preventivo			
Examen para adultos	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Deducible luego 40%
Examen infantil	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Deducible luego 40%
Servicios diagnósticos			
Rayo-x y laboratorio	Cubierto al 100%	Cubierto al 100%	Deducible luego 40%
Radiología compleja	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
Ctro de atención urgente	$50 copago	$100 copago	Deducible luego 40%
Cargos de la sala de emergencias	$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	
Cargos por hospitalización	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
Cargos por atención ambulatoria y quirúrgica	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
Salud mental			
Internado	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
Ambulatorio	$25 copago	$35 copago	Deducible luego 40%
Abuso de sustancias			
Internado	Deducible luego 20%	Deducible luego 20%	Deducible luego 40%
Ambulatorio	$25 copago	$35 copago	Deducible luego 40%
Otros servicios			
Quiropráctico	$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%
Acupuntura	$50 Copago	$75 Copago	Deducible luego 40%

Medicamentos Recetados



Nuestros beneficios de medicamentos recetados son proporcionados por CVS Caremark y administrados por Employers Health. Puede acceder a una copia de la lista de medicamentos preferidos y exclusiones del formulario más recientes en www.caremark.com o comunicándose con CVS Caremark al 1-844-234-8129.

	Plan RBR	Plan de la red
Farmacia (suministro de 30 días)		
Generico (Nivel 1)	$10 copago	$10 copago
Marca preferida (Nivel 2)	30% hasta $100	30% hasta $100
Marca no preferida (Nivel 3)	50% hasta $250	50% hasta $250
Farmacia (suministro de 90 días)		
Generico (Nivel 1)	$30 copago	$30 copago
Marca preferida (Nivel 2)	30% hasta $300	30% hasta $300
Marca no preferida (Nivel 3)	50% hasta $750	50% hasta $750
Pedido por correo (suministro de 90 días)		
Generico (Nivel 1)	$20 copago	$20 copago
Marca preferida (Nivel 2)	30% hasta $200	30% hasta $200
Marca no preferida (Nivel 3)	50% hasta $500	50% hasta $500
Medicamentos especializados (suministro de 30 días)		
Los medicamentos especializados deben solicitarse a través de CVS Specialty llamando al 1-855-299-3262 o visitando www.cvsspecialty.com	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*
Empleado	$46.77	$21.51	$46.77	$21.51
Empleado + Cónyuge	$133.18	$91.89	$133.18	$91.89
Empleado + Hijo(s)	$102.02	$67.34	$102.02	$67.34
Empleado + Familia	$240.32	$182.64	$240.32	$182.64
Contribuciones mensuales del empleado				
	Plan RBR		Plan de la red	
	Tarifa estándar	Tarifa de bienestar*	Tarifa estándar	Tarifa de bienestar*
Empleado	$206.56	$95.02	$206.56	$95.02
Empleado + Cónyuge	$588.21	$405.87	$588.21	$405.87
Empleado + Hijo(s)	$450.59	$297.40	$450.59	$297.40
Empleado + Familia	$1,061.41	$806.67	$1,061.41	$806.67

*Las tarifas de bienestar se basan en la participación en el programa

Programa de Peso Saludable AchieveHealth®

Los planes médicos de Atlantic Packaging no cubren los medicamentos GLP-1 recetados para la pérdida de peso (como Wegovy y Zepbound). En su lugar, Atlantic ofrece acceso a medicamentos GLP-1 contra la obesidad, como Zepbound o Wegovy, con un copago de 25 $ a través de la tarjeta RxSaveCard, siempre que se utilicen en combinación con el programa de asesoramiento integral de salud administrado por AchieveHealth®, diseñado para fomentar cambios sostenibles en el bienestar.

Información clave

- Para poder participar en este programa, debe estar inscrito en un plan de salud de Atlantic Packaging
- No se requiere una nueva autorización previa de la receta para los participantes actuales de los planes de salud de Atlantic Packaging que ya toman medicamentos para la pérdida de peso. Sin embargo, los proveedores deberán redirigir las recetas de los participantes a Amazon Pharmacy, LillyDirect o NovoCare para continuar con el tratamiento.
- Los afiliados pueden inscribirse en el programa de asesoramiento de salud AchieveHealth® y programar su primera sesión de asesoramiento.

Cómo funciona el copago con descuento de $25

Para recibir el copago mensual con descuento de $25, debe:

1. Realizar una sesión de coaching cada 30 días
2. Realice los pesajes semanales (utilizando la báscula electrónica suministrada)

Una vez completado:

- *AchieveHealth confirmará su elegibilidad con RxSaveCard*
- Se le autorizará a través de RxSaveCard para acceder a un copago de $25 en la compra de medicamentos GLP-1
- Podrá utilizar su RxSaveCard para adquirir el medicamento directamente del fabricante (Amazon Pharmacy, LillyDirect o NovoCare)

Sus ahorros

- Medicamentos GLP-1 para la obesidad, como Zepbound o Wegovy: Sin cobertura, hasta $500 al mes (según la dosis)
- Su costo con el programa Healthy Weight y RxSaveCard: $25

Requisitos continuos

- Completar una sesión de asesoramiento cada 30 días
- Realizarse pesajes semanales (utilizando la báscula electrónica proporcionada)
- Faltar a 2 citas programadas consecutivas resultará en la pérdida del derecho al copago reducido de $25

Supervisión médica

Su coach de AchieveHealth respalda sus objetivos de salud, pero su médico gestiona su atención médica y debe enviar su receta directamente a LillyDirect, NovoCare o Amazon Pharmacy.

¡Inscribirse en línea es fácil! Escanee el código QR o visite app.hpiachievehealth.com/enroll para programar sus citas de asesoramiento de salud hoy mismo.

¿Prefiere inscribirse por teléfono? Llame al 1-866-234-4635**.**

RxSaveCard

Uso de su RxSaveCard para medicamentos de control de peso

Atlantic Packaging se compromete a apoyar sus objetivos de salud contribuyendo a cubrir el costo de los medicamentos GLP-1 para la pérdida de peso en farmacias en línea participantes: usted paga $25 por transacción y Atlantic Packaging cubre el resto.

¿Qué es RxSaveCard?

RxSaveCard es un método de pago virtual que le permite acceder a medicamentos para la pérdida de peso elegibles por un costo mensual fijo. Utilice el número de su tarjeta, la fecha de vencimiento y el código de seguridad al realizar el pago en LillyDirect, NovoCare o Amazon Pharmacy.

Cómo empezar:

1. **Hable con su proveedor**
   Consulte si el tratamiento con GLP-1 es adecuado para usted y qué medicamento y opción de farmacia se ajustan a su receta (Zepbound, Wegovy o Foundayo). ***Importante: Su proveedor debe enviar su receta a la farmacia correcta (LillyDirect, NovoCare o Amazon Pharmacy) según su medicamento.***
2. **Recibir la confirmación de la receta**
   Una vez que su proveedor envíe su receta, recibirá una confirmación por correo electrónico o mensaje de texto en un plazo de 24 a 48 horas, con los pasos a seguir para completar su pedido.
3. **Active su RxSaveCard**
   Activa tu cuenta de RxSaveCard y accede a tu tarjeta virtual para realizar el pago. Una vez activada, podrás iniciar sesión en tu panel de control de RxSaveCard para ver los detalles de tu tarjeta y los fondos disponibles.
4. **Paga con tu RxSaveCard**
   Antes de realizar su pedido, inicie sesión en su panel de control de RxSaveCard y añada a su tarjeta el importe fijo de 25 $ mensuales correspondiente a la cuota de afiliación. A continuación, al finalizar la compra, introduzca el número de la tarjeta, la fecha de caducidad y el código de seguridad, junto con el código postal de facturación. La aportación de Atlantic se aplicará automáticamente para cubrir el resto.

   Tenga en cuenta que su RxSaveCard es virtual y solo funciona para pedidos en línea con entrega a domicilio; no sirve para recoger el pedido en la tienda, aunque esa opción aparezca al finalizar la compra.
5. **¡Le entregamos su medicamento!**
   Su medicamento se envía directamente a su domicilio. Los plazos de entrega varían según la farmacia.

Qué Esperar Cada Mes

Los Fondos del Empleador se Aplican Automáticamente
La contribución de su empleador se calcula automáticamente según su total en el pago—usted siempre paga solo su cantidad personal fija por pedido.

Planifique la entrega
Los medicamentos se entregan solo a domicilio. Permita tiempo para el procesamiento y envío por la farmacia.

Regrese a su Panel
Regrese a su panel de miembro para agregar los fondos personales requeridos a su RxSaveCard antes de usarla en el pago. También puede ver los detalles de su tarjeta virtual aquí (número de tarjeta, vencimiento y código de seguridad) al realizar el pedido.

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 medicas.
- 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.

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.

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.*

Comuniquese 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.

¿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 accesar 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.



"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!"



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

urac ACCREDITED

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:

- Revisara la solicitud de precertificación para determinar la necesidad médica y si el tratameinto es apropiado.
- Revisara las opciones de tratamiento mas apropiadas o beneficiosas para su atención medica.
- Coordinara el servicio con la instalación/hospital.
- Determinara la duración adecuada de la estadía cuando sea necesario

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

- Se comunicara con su proveedor para confirmar que se han realizado los servicios y si se requirió cirugía.
- Confirmara que se está siguiendo el tratamiento prescrito
- Coordinara 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 condicion 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."

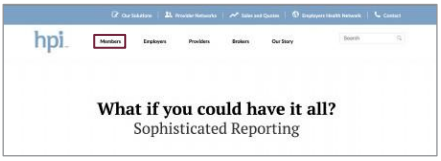


Cómo localizar un proveedor de la red PPO de Cigna

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.



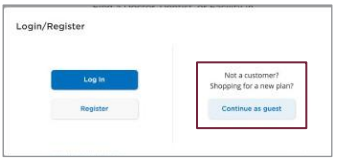


3. Para encontrar un proveedor cerca de usted, ingrese una dirección, ciudad o código postal, y luego elija entre las opciones de búsqueda:
   - Médico por tipo
   - Nombre del médico
   - Ubicaciones

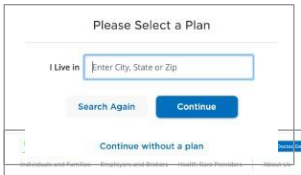




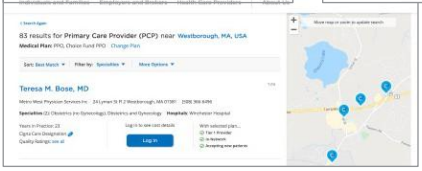
4. Haga clic en ***Continue as guest***.



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***.







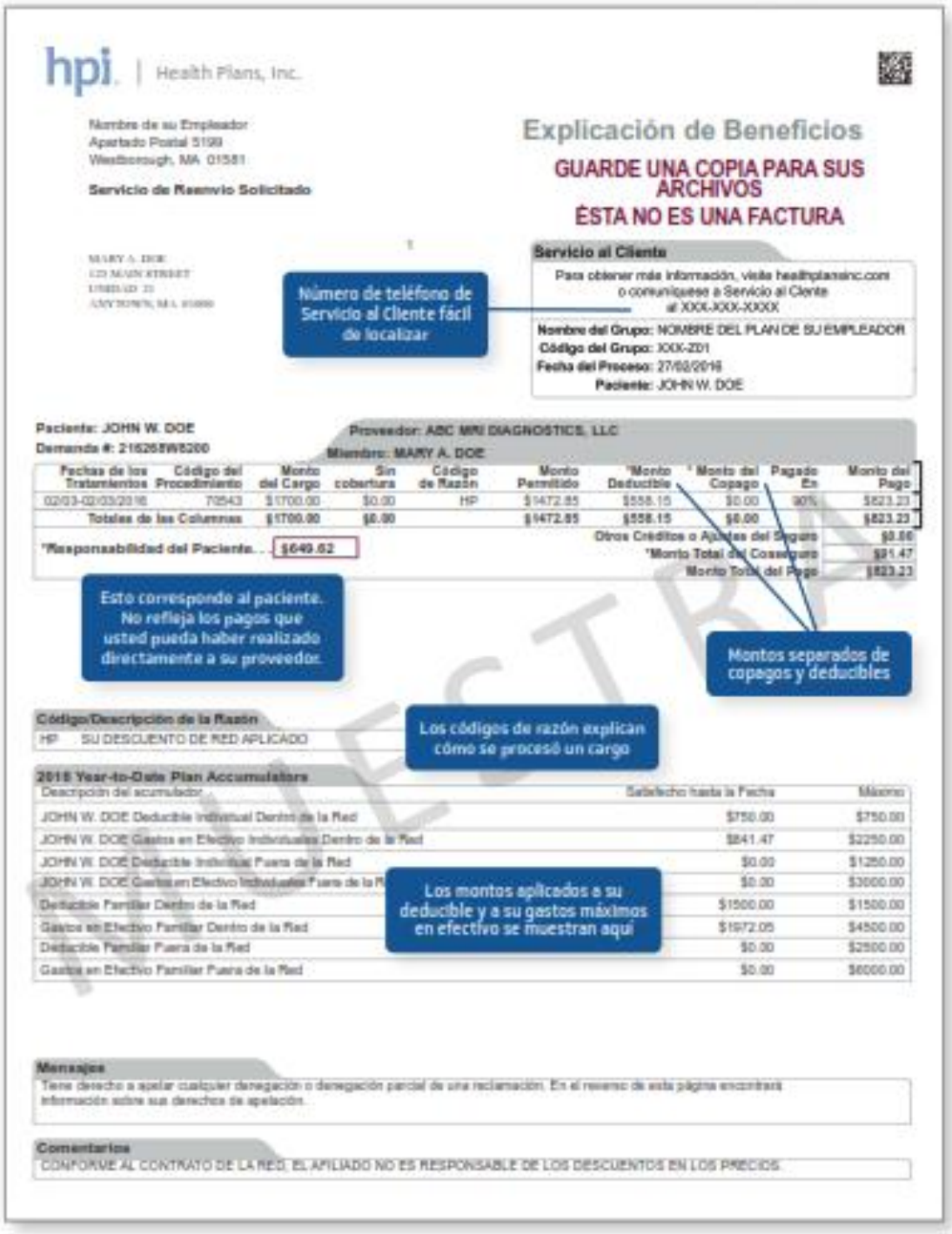
6. Ver los resultados. Puede reorganizar los resultados utilizando la función de ***Sort, Filter by*** **or** ***More Options***.

¿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



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 2027. A partir del 1 de octubre de 2026, incorporaremos a los cónyuges al programa de bienestar.** Los cónyuges cubiertos por el plan deberán someterse a un examen físico anual y a una prueba de detección preventiva antes del 31 de agosto de 2027. Los comprobantes de estas visitas pueden enviarse directamente a la plataforma WellRight o por correo electrónico a wellness@atlanticpkg.com. Dichos comprobantes pueden ser una explicación de beneficios, una factura, un resumen de la visita, etc.

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 2026**.
   - 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 preventive (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 conductal**
   - Reúnase con **Marquee Health Coach** por teléfono o correo electrónico.
   - Llame al **1-800-882-2109** o envie 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 2027-2028, debe cumplir con los requisitos del programa durante el año del plan 2026-2027. 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



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.

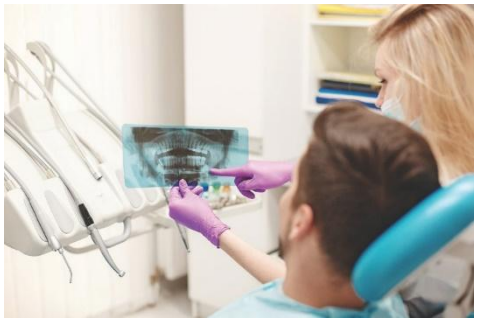
Las consultas médicas generales, dermatológicas y nutricionales están cubiertas por $0 para los miembros inscritos en el plan médico de Atlantic.

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.deltadentalnc.com para localizar un dentista dentro de la red.



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

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

Contribución del empleado	Mensual	Semanal
Empleado	$33.49	$7.58
Empleado + Cónyuge	$74.31	$16.82
Empleado + Hijo(s)	$71.72	$16.24
Empleado + Familia	$130.61	$29.57

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

Contribución del empleado	Mensual	Semanal
Empleado	$6.90	$1.56
Empleado + Cónyuge	$13.11	$2.97
Empleado + Hijo(s)	$13.80	$3.12
Empleado + Familia	$20.18	$4.57



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 $3,400 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 totals 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 annual que puede contribuir es de $7,500 (o, $3,750 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.floreshr.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 ocurido mientras esté cubierto por el plan.

Lincoln Financial	
Empleado – Seguro básico de vida y *AD&D*	
Beneficio máximo	$50,000
Emisión garantizada	$50,000



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

Lincoln Financial	
Empleado – Seguro adicional de vida y *AD&D*	
Incrementos	$1,000
Beneficio máximo	$500,000
Emisión garantizada	$350,000
Cónyuge – Seguro adicional de vida y *AD&D*	
Incrementos	$1,000
Beneficio máximo	50% de la elección del empleado o $250,000
Emisión garantizada	$50,000
Dependientes – Seguro adicional de vida y *AD&D*	
Beneficio máximo	$20,000
Emisión garantizada	$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 importer 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. **Las empleadas casadas no pueden elegir la cobertura vitalicia del cónyuge.**

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	$0.025	$0.11
40-44	$0.027	$0.12
45-49	$0.036	$0.16
50-54	$0.036	$0.16
55-59	$0.102	$0.45
60-64	$0.131	$0.58
65-69	$0.249	$1.10
70+	$0.400	$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 periodo de inscripción abierta para el año del plan 2026-2027, los afiliados nuevos y actuales pueden optar por contratar o aumentar el seguro de vida complementario para el empleado en $40,000 —hasta alcanzar el límite de emisión garantizada de $350,000— sin necesidad de presentar pruebas de asegurabilidad. Asimismo, los afiliados nuevos y actuales pueden optar por contratar o aumentar el beneficio de seguro de vida complementario para el cónyuge en $10,000 —hasta alcanzar el límite de emisión garantizada de $50,000— sin necesidad de presentar pruebas 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 periodo de inscripción abierta para el año del plan 2026-2027, los empleados que previamente habían renunciado a la cobertura deberán presentar pruebas de asegurabilidad tanto para la cobertura de discapacidad a corto plazo como para la de largo plazo.

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 extiend 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 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 x $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	$0.072	$0.32
30-39	$0.066	$0.29
40-44	$0.068	$0.30
45-49	$0.075	$0.33
50-54	$0.091	$0.40
55-59	$0.125	$0.55
60+	$0.143	$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 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 x $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	$0.029	$0.13
25-29	$0.034	$0.15
30-34	$0.048	$0.21
35-39	$0.070	$0.31
40-44	$0.097	$0.43
45-49	$0.154	$0.68
50-54	$0.217	$0.96
55-59	$0.274	$1.21
60+	$0.274	$1.21



Beneficios voluntarios adicionales de Lincoln

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	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: • **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	El seguro de enfermedades graves paga un beneficio único si se le diagnotica una enfermedad o condición cubierta a partir de la fecha de vigencia. La cobertura está disponible para el empleado, su cónyuge y dependientes: • **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	El seguro de idemnización 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: • **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



Beneficios voluntarios adicionales de Chubb

Como empleado de Atlantic Packaging elegible para recibir beneficios, usted puede contratar un seguro de vida a término con beneficios vitalicios y un seguro voluntario contra el cáncer a través de Chubb.

Seguro Cancer Advocate Plus	La cobertura Cancer Advocate le ayuda a evaluar de forma proactiva el riesgo de cáncer y a gestionar el diagnóstico contando con asesoramiento y apoyo basados en medicina de precisión, además de proporcionar beneficios en efectivo vinculados al diagnóstico y la recuperación. • **Beneficio por diagnóstico de cáncer:** $5,000 Empleado ($2,500 Cónyuge) • **Primer pago por recuperación de cáncer:** $2,500 Empleado ($1,250 Cónyuge) • **Pago por recuperación de un segundo cáncer:** $2,500 Empleado ($1,250 Cónyuge) • **Beneficio por cáncer de piel:** $250 • **Beneficio por carcinoma in situ:** 25 % del beneficio por diagnóstico de cáncer
Seguro de vida a término con beneficios de por vida	La cobertura de seguro de vida a plazo con beneficio vitalicio y cláusula adicional de cuidados a largo plazo (LTC) ofrece una cobertura de seguro de vida garantizada y le permite anticipar o acceder a una parte del beneficio por fallecimiento en efectivo si padece una enfermedad crónica y requiere cuidados a largo plazo cualificados. • **Prima garantizada:** Las primas nunca aumentarán y están garantizadas hasta los 100 años de edad • **Cobertura familiar:** La cobertura está disponible para su cónyuge, hijos y nietos a su cargo • **Totalmente portátil y con renovación garantizada de por vida:** Su cobertura no puede cancelarse siempre que las primas se paguen a su debido tiempo.



Plan de protección de identidad de Allstate

Allstate IDENTITY PROTECTION

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

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

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

Allstate Identity Protection Pro+

- Digital Footprint de Allstate®, nuestra herramienta de privacidad patentada, muestra dónde se encuentra tu información en línea y cómo podría quedar expuesta‡
- Monitoreo exhaustivo de la identidad y las finanzas
- El Estado de Identidad te ofrece una visión general de tu riesgo
- Security Pro de Allstate® ofrece actualizaciones y información sobre estafas y amenazas emergentes relevantes para ti
- Monitoreo de apropiación de cuentas de redes sociales
- Herramientas de seguridad digital familiar que incluyen filtrado web, gestión del tiempo de pantalla y localización para ayudar a mantener a los niños seguros$^{\Delta\ddagger}$
- 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$^{\Delta\ddagger}$
- 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

Allstate IDENTITY PROTECTION

Contribución del empleado	*Pro+*		*Pro+ Cyber*	
	Mensual	Semanal	Mensual	Semanal
Empleado	$7.95	$1.80	$9.95	$2.25
Empleado + Familia	$13.95	$3.16	$17.95	$4.06

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 incial de 18 meses, cada empleado de tiempo complete 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 complete 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 varia 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 inversion 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
Seguro médico	Pathways	1-888-296-7179	hpiTPA.com
Medicamentos recetados	CVS Caremark	1-844-234-8129	www.caremark.com
Telemedicina	Teladoc	1-800-835-2362	www.teladoc.com
Programa de Bienestar	Wellright	https://atlanticpkg.app.wellright.com/	
Medicamentos con GLP-1 para la pérdida de peso	AchieveHealth	1-866-234-4635	app.hpiachievehealth.com/enroll
	RxSaveCard	1-312-469-0042	support@rxsavecard.com
Seguro dental	Delta Dental	1-800-662-8856	www.deltadentalnc.com
Seguro de visión	Superior Vision	1-800-507-3800	www.superiorvision.com
Cuentas de gastos flexibles	Flores	1-800-532-3327	www.floreshr.com
Vida y AD&D	Lincoln Financial	1-800-790-7790	LincolnFinancial.com
Vida adicional			
Discapacidad corto plazo (STD)	Lincoln Financial	1-800-790-7790	LincolnFinancial.com
Discapacidad largo plazo (LTD)			
FMLA			
EAP/Salud Conductal	Spring Health	1-855-629-0554	atlanticpkg.springhealth.com
Enfermedades graves	Lincoln Financial	1-800-790-7790	LincolnFinancial.com
Indemnización hospitalaria			
Accidente			
Plan 401(k)	Principal	1-800-986-3343	www.principal.com
Robo de identidad	Allstate	1-800-789-2720	myaip.com
Recurso de Medicare	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		
Eryn Johnson	Para toda la empresa	910-398-6174	erynt@atlanticpkg.com
Lynn Vann	Para toda la empresa	910-398-6135	lynnv@atlanticpkg.com
Meredith Ragan	Para toda la empresa	910-398-6110	meredithr@atlanticpkg.com
Sarah Klein	Para toda la empresa	910-398-6140	sarahkl@atlanticpkg.com
Renee Windham	Tabor City	910-343-0624	reneew@atlanticpkg.com
Robby Daniels	Tabor City	910-653-7450	robbyd@atlanticpkg.com
Tammy Singletary	Tabor City	910-653-7507	tammys@atlanticpkg.com
Becca Schusler	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 2026
- Comuníquese con Recursos Humanos al 910-398-6174

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

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

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

1. La nueva cobertura de Medicare para recetas médicas está disponible desde el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un Plan de Medicare para Recetas Médicas, o un Plan Medicare Advantage (como un PPO o HMO) que ofrece cobertura para medicamentos recetados. Todos los planes de Medicare para recetas médicas proporcionan por lo menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Además, algunos planes pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.

2. Atlantic Packaging ha determinado que la cobertura para recetas médicas ofrecida por el Atlantic Packaging pague, en promedio se espera que pague tanto como lo hará la cobertura estándar de Medicare para recetas médicas para todos los participantes del plan y por lo tanto es considerada Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es Acreditable, usted puede mantener esta cobertura y no pagar una prima más alta (una penalidad), si más tarde decide inscribirse en un plan de Medicare.

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

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

¿Qué sucede con su cobertura actual si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos?
Si decide inscribirse en un plan de Medicare de medicamentos recetados, su cobertura actual con Atlantic Packaging no se ser 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 2026
Nombre de la entidad/remitente:	Atlantic Packaging
Contacto--Puesto/Oficina:	Recursos humanos
DIRECCIÓN:	806 North 23rd 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.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.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 RIta 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 ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

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

Resumen de beneficios y cobertura: Qué cubre este plan y cuánto paga usted por los servicios cubiertos — Período de cobertura: 1 oct. 2026 – 30 sep. 2027

Atlantic Packaging: Plan Cigna PPO de $1,500 — **Cobertura para:** Empleado y dependientes | **Tipo de plan:** PPO

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)	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	$35 de copago por visita; deducible exento	40 % de coseguro	Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios son preventivos. Luego, verifique cuánto pagará el plan.
	Visita a especialista	$75 de copago por visita; deducible exento	40 % de coseguro	
	Atención preventiva / exámenes de detección / vacunación	Sin cargo; deducible exento	40 % de coseguro	
Si se realiza análisis o exámenes	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre) Mamografías y densitometrías óseas Todas las demás pruebas	Sin cargo; deducible exento 20 % de coseguro	40 % de coseguro	Ninguna
	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20 % de coseguro	40 % de coseguro	Se requiere autorización previa para estudios de imágenes
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. En hpiTPA.com, puede encontrar más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados**	Genéricos— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	$10 de copago por medicamento $30 de copago por medicamento $20 de copago 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 coseguro; $100 máximo 30 % de coseguro; $300 máximo 30 % de coseguro; $200 máximo		
	De marca no preferida— En farmacia (30 días) En farmacia* (90 días) Por correo (90 días)	50 % de coseguro; $250 máximo 50 % de coseguro; $750 máximo 50 % de coseguro; $500 máximo		
	Medicamentos de especialidad— Farmacia/Pedido por correo (30 días)	50 % de coseguro; $250 máximo		
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de la institución (centro quirúrgico ambulatorio, etc.) Colonoscopias diagnósticas Todos los demás servicios	Sin cargo; deducible exento 20 % de coseguro	40 % de coseguro	Se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro	40 % de coseguro	
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias Primera visita del año Todas las visitas posteriores en el año	$500 de copago por visita; deducible exento 20 % de coseguro		No se aplica el copago en caso de internación
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro	40 % de coseguro	Ninguna
	Atención de urgencia	$100 de copago por visita; deducible exento	40 % de coseguro	Ninguna
Si tiene una internación	Cargo de la institución (p. ej., habitación de hospital)	20 % de coseguro	40 % de coseguro	Se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro	40 % de coseguro	

⚠ 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
Se requiere autorización previa para todos los ingresos hospitalarios y servicios prestados en un hospital, centro quirúrgico, centro ambulatorio o centro de diálisis.				
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios— Visita en consultorio	$35 de copago por visita; deducible exento	40 % de coseguro	Se requiere autorización previa para tratamiento ambulatorio intensivo y servicios de internación
	Tratamiento ambulatorio intensivo	Sin cargo; deducible exento	40 % de coseguro	
	Servicios de internación	20 % de coseguro	40 % de coseguro	
Si está embarazada	Visitas en consultorio— Atención prenatal	Sin cargo; deducible exento	40 % de coseguro	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).
	Atención posnatal	20 % de coseguro		
	Servicios profesionales de parto	20 % de coseguro	40 % de coseguro	
	Servicios del centro de maternidad	20 % de coseguro	40 % de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20 % de coseguro	40 % de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación— Con internación	20 % de coseguro	40 % de coseguro	Se requiere autorización previa para servicios con internación.
	Ambulatorios	$75 de copago por visita; deducible exento	40 % de coseguro	30 visitas por año combinadas para terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia.
	Servicios de habilitación—		40 % de coseguro	Hasta los 3 años
	Intervención temprana	20 % de coseguro	40 % de coseguro	Autorización previa y límites de consultas en función de los servicios prestados
	Retraso del desarrollo	20 % de coseguro		
	Atención de enfermería especializada	20 % de coseguro	40 % de coseguro	60 días por año. Se requiere autorización previa
	Equipo médico duradero—			Autorización previa 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).
	Demás equipos médicos duraderos	20 % de coseguro	40 % de coseguro	
	Suministros para diabéticos	20 % de coseguro; deducible exento	40 % de coseguro	
	Cuidados paliativos	20 % de coseguro	40 % de coseguro	Se requiere autorización previa
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cargo; deducible exento	40 % de coseguro	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 • Pedicuría 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 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? **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.——————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:

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**

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?	Plan individual: $750 por empleado Plan familiar: $750 individual / $1,500 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?	Plan individual: $3,000 por empleado Plan familiar: $3,000 individual / $6,000 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?	No corresponde	Este plan no utiliza una red de proveedores. Puede recibir servicios cubiertos de cualquier proveedor.
¿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	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 copago por visita; deducible exento		Es posible que tenga que pagar por servicios que no son preventivos. Pregunte a su proveedor si los servicios son preventivos. Luego, verifique cuánto pagará el plan.
	Visita a especialista	$50 de copago por visita; deducible exento		
	Atención preventiva / exámenes de detección / vacunación	Sin cargo; deducible exento		
Si se realiza análisis o exámenes	Prueba diagnóstica (radiografías, análisis de sangre)			Se requiere autorización previa para estudios de imágenes
	Mamografías y densitometrías óseas	Sin cargo; deducible exento	20 % de coseguro	
	Todas las demás pruebas	20 % de coseguro		
	Imágenes (tomografías computarizadas, tomografías por emisión de positrones, resonancias magnéticas)	20 % de coseguro	20 % de coseguro	
Si necesita medicamentos para tratar una enfermedad o afección. En hpiTPA.com, puede encontrar más información sobre la **cobertura de medicamentos recetados**	Genéricos— En farmacia (30 días)	$10 de copago 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.
	En farmacia* (90 días)	$30 de copago por medicamento		
	Por correo (90 días)	$20 de copago por medicamento		
	De marca preferida— En farmacia (30 días)	30 % de coseguro; $100 máximo		
	En farmacia* (90 días)	30 % de coseguro; $300 máximo		
	Por correo (90 días)	30 % de coseguro; $200 máximo		
	De marca no preferida— En farmacia (30 días)	50 % de coseguro; $250 máximo		
	En farmacia* (90 días)	50 % de coseguro; $750 máximo		
	Por correo (90 días)	50 % de coseguro; $500 máximo		
	Medicamentos de especialidad Farmacia/Pedido por correo (30 días)	50 % de coseguro; $250 máximo		
Si se somete a una cirugía ambulatoria	Cargo de la institución (centro quirúrgico ambulatorio, etc.)			Se requiere autorización previa
	Colonoscopias diagnósticas	Sin cargo; deducible exento		
	Todos los demás servicios	20 % de coseguro		
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro		
Si necesita atención médica inmediata	Atención en sala de emergencias	$250 de copago por visita; deducible exento		No se aplica el copago en caso de internación
	Primera visita del año	20 % de coseguro		
	Todas las visitas posteriores en el año			
	Transporte médico de emergencia	20 % de coseguro		Ninguna
	Atención de urgencia	$50 de copago por visita; deducible exento		Ninguna
Si tiene una internación	Cargo de la institución (p. ej., habitación de hospital)	20 % de coseguro		Se requiere autorización previa
	Honorarios del médico/cirujano	20 % de coseguro		

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
Se requiere autorización previa para todos los ingresos hospitalarios y servicios prestados en un hospital, centro quirúrgico, centro ambulatorio o centro de diálisis.			
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o tratamiento por consumo de sustancias	Servicios ambulatorios— Visita en consultorio Tratamiento ambulatorio intensivo	 $25 de copago por visita; deducible exento Sin cargo; deducible exento	Se requiere autorización previa para tratamiento ambulatorio intensivo y servicios de internación
	Servicios de internación	20 % de coseguro	
Si está embarazada	Visitas en consultorio— Atención prenatal Atención posnatal	Sin cargo; deducible exento 20 % de coseguro	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).
	Servicios profesionales de parto	20 % de coseguro	
	Servicios del centro de maternidad	20 % de coseguro	
Si necesita ayuda para recuperarse o tiene otras necesidades especiales de salud	Atención médica domiciliaria	20 % de coseguro	Se requiere autorización previa.
	Servicios de rehabilitación— Con internación Ambulatorios	 20 % de coseguro $50 de copago por visita; deducible exento	Se requiere autorización previa para servicios con internación. 30 visitas por año combinadas para terapia ocupacional, quiropráctica y fisioterapia. Se requiere autorización previa después de 13 visitas (por servicio) de terapia ocupacional, fisioterapia y terapia del habla.
	Servicios de habilitación— Intervención temprana Retraso del desarrollo	 20 % de coseguro 20 % de coseguro	Hasta los 3 años Autorización previa y límites de consultas en función de los servicios prestados
	Atención de enfermería especializada	20 % de coseguro	60 días por año. Se requiere autorización previa
	Equipo médico duradero— Demás equipos médicos duraderos Suministros para diabéticos	 20 % de coseguro 20 % de coseguro; deducible exento	Se requiere autorización previa para equipos de más de $2,500. Se requiere autorización previa para monitores continuos o de glucosa en sangre y bombas de insulina No se requiere autorización previa para suministros para diabéticos
	Cuidados paliativos	20 % de coseguro	Se requiere autorización previa
Si su hijo necesita atención odontológica u oftalmológica	Examen de la vista para niños	Sin cargo; deducible exento	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 • Pedicuría 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 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? **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.————————

Acerca de estos ejemplos de cobertura:



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	$750
■ *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	$750
Copagos	$10
Coseguro	$1,600
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$60
El total que pagaría Peg es	**$2,320**

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	$750
■ *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	$750
Copagos	$600
Coseguro	$60
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$20
El total que pagaría Joe es	**$1,380**

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

■ *Deducible* general del plan	$750
■ *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	$750
Copagos	$600
Coseguro	$100
Lo que no está cubierto	
Límites o exclusiones	$0
El total que pagaría Mia es	**$1,450**



Este folleto resume los planes de beneficios disponibles para los empleados elegibles de Atlantic Packaging y sus dependientes. Los documentos oficiales del plan, las pólizas y los certificados de seguro contienen los detalles, las condiciones, los niveles máximos de beneficios y las restricciones de los mismos. Estos documentos rigen su programa de beneficios. En caso de conflicto, prevalecen los documentos oficiales. Estos documentos están disponibles previa solicitud a través del Departamento de Recursos Humanos. La información proporcionada en este folleto no garantiza los beneficios.