



# Guía de inscripción de beneficios

## 2023-2024



# Tabla de contenido

Un mensaje de Recursos Humanos.....	3
Elegibilidad.....	4
Seguro médico.....	5
Cobertura de medicamentos recetados.....	6
Aportes de los empleados.....	6
Atención de conserjería de Narus Health .....	7
Cómo leer una explicación de beneficios (EOB) .....	8
Iniciativas de bienestar de Atlantic Packaging.....	9
Telemedicina.....	10
Seguro dental .....	11
Seguro de visión.....	12
Seguro de vida básico y muerte accidental y desmembramiento (AD&D) .....	13
Seguro suplementario de vida y muerte accidental y desmembramiento (AD&D).....	13
Invalidez Voluntaria.....	15
Beneficios voluntarios adicionales.....	16
Plan de protección de identidad de Allstate .....	17
Programa de Asistencia al Empleado.....	18
Días festivos.....	18
libre remunerado (PTO).....	18
Política de licencia de maternidad.....	19
Plan de retiro .....	20
Beneficios adicionales.....	20
Información del contacto.....	21
NOTIFICACIONES REQUERIDAS .....	22
Resumen de beneficios y cobertura (SBC).....	35



## Un mensaje de Recursos Humanos

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

Atlantic Packaging ofrece planes de salud, dentales, oftalmológicos, de vida y de discapacidad, así como planes de accidentes, enfermedades críticas, indemnización hospitalaria y robo de identidad. Esta Guía de resumen de beneficios le brindará información sobre sus opciones de beneficios de salud y bienestar para el año del plan 2023-2024. Por favor lea esta información atentamente. Para obtener detalles completos sobre nuestros planes, consulte las descripciones resumidas de los planes.

Este documento contiene una descripción muy general de los beneficios a los que usted puede tener derecho como empleado de Atlantic Packaging. Esta explicación general no pretende brindarle todos los detalles de estos beneficios.

Sus derechos pueden determinarse únicamente consultando el texto completo de los documentos oficiales del plan, que están disponibles para su examen solicitándolos al Departamento de Recursos Humanos. Si alguna de la información contenida en este documento es inconsistente con los documentos oficiales del plan, las disposiciones de los documentos oficiales regirán en todos los casos. Este documento no pretende ser una descripción resumida del plan.

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

Los beneficios son solo para empleados elegibles: los empleados a tiempo parcial o los empleados de agencias de empleo de terceros no son elegibles para recibir beneficios para empleados.

# Elegibilidad

## Empleados elegibles:

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

## Dependientes elegibles:

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

## Cuándo comienza la cobertura:

Los empleados recién contratados y sus dependientes serán elegibles para los programas de beneficios de Atlantic Packaging el primero del mes después de 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 recibir beneficios. Ejemplos de algunos cambios de estatus familiar incluyen:

Cambio de estado civil legal (es decir, matrimonio, divorcio, muerte del cónyuge, separación legal)

Cambio en el número de dependientes (es decir, nacimiento, adopción, muerte de dependiente, inelegibilidad debido a la edad)

Cambio en el empleo o en la situación laboral (el cónyuge pierde el empleo, etc.)

Si se produce dicho cambio, debe realizar los cambios en sus beneficios dentro de los 30 días posteriores a la fecha del evento.

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

Los nuevos empleados son elegibles para recibir beneficios el primer día del mes después de 60 días de servicio continuo.



# Seguro médico



Atlantic Packaging ofrece cobertura médica administrada a través de nuestro administrador externo, Lucent Health.

El siguiente cuadro proporciona un breve resumen de lo que se ofrece. Consulte la descripción resumida del plan para obtener detalles completos del plan.

	Salud Lucent (TPA) Plan Médico
	Beneficios
<b>Deducible Anual</b>	
Individual	\$500
Familia	\$1,000
Coseguro	20%
<b>Desembolso máximo*</b>	
Individual	\$2,500
Familia	\$5,000
<b>Visita al consultorio del médico</b>	
Atención primaria	copago de \$25
Atención especializada	copago de \$50
Teladoc	copago de \$0
<b>Cuidado preventivo</b>	
Exámenes periódicos para adultos	100% cubierto
Cuidado infantil sano	100% cubierto
<b>Servicios de diagnóstico</b>	
Rayos X y pruebas de laboratorio	20% después del deducible
Radiología compleja	20% después del deducible
Centro de atención de urgencia	copago de \$50
Cargos de las instalaciones de la sala de emergencias	Copago de \$250 por la primera visita, luego 20 % después del deducible para visitas posteriores
Cargos de instalaciones para pacientes hospitalizados	20% después del deducible
Cargos quirúrgicos y de instalaciones para pacientes ambulatorios	20% después del deducible
<b>Salud mental</b>	
Paciente interno	20% después del deducible
Paciente externo	copago de \$25
<b>Abuso de sustancias</b>	
Paciente interno	20% después del deducible
Paciente externo	copago de \$25
<b>Otros servicios</b>	
quiropática	Copago de \$50 (30 visitas combinadas con otras terapias ambulatorias por año del plan)
Acupuntura	Copago de \$50

## Cobertura de recetas

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



Farmacia minorista (suministro para 30 días)	
Genérico (Nivel 1)	copago de \$10
Preferido (Nivel 2)	30% a \$100
No preferido (Nivel 3)	50% a \$250
Farmacia minorista (suministro para 90 días)	
Genérico (Nivel 1)	copago de \$30
Preferido (Nivel 2)	30% a \$300
No preferido (Nivel 3)	50% a \$750
Farmacia de pedidos por correo (suministro para 90 días)	
Genérico (Nivel 1)	copago de \$20
Preferido (Nivel 2)	30% a \$200
No preferido (Nivel 3)	50% a \$500
Medicamentos especializados (suministro para 30 días)	
Los medicamentos especializados deben solicitarse a través de Briova Rx al 1-800-850-9122 y están limitados a un suministro de 30 días	50% a \$250

## Contribuciones de los empleados

Contribuciones semanales de los empleados				
	Menos de 5 años de servicio		Más de 5 años de servicio	
	Tarifa Estándar	Tarifa Bienestar* Tarifa	Estándar Tarifa Bienestar*	
Empleado	\$50.81	\$39,27	\$34,80	\$16.34
Empleado y cónyuge	\$120.78	\$93,66	\$99,10	\$69.83
Empleado e hijo(s)	\$92.80	\$70,06	\$75,92	\$51.07
Empleado y familia	\$196.72	\$158,06	\$178,83	\$137.74
Contribuciones mensuales de los empleados				
	Menos de 5 años de servicio		Más de 5 años de servicio	
	Tarifa estándar	Tarifa Bienestar* Tarifa	Estándar Tarifa Bienestar*	
Empleado	\$220,18	\$170,18	\$150,81	\$70.81
Empleado y cónyuge	\$523,37	\$405,87	\$429,45	\$302.61
Empleado e hijo(s)	\$402,13	\$303,60	\$328,98	\$221.29
Empleado y familia	\$852,47	\$684,92	\$774,93	\$596.87

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

El programa Concierge Care de Narus Health lo ayuda a navegar por las complejidades de la atención médica. Narus trabaja para ti y coordina sus necesidades de atención con médicos, cuidadores y farmacéuticos.

Los miembros tienen acceso al equipo de atención de conserjería de Narus Health para:

- Encuentre un médico o especialista
- Hablar sobre un problema de salud
- Programe una visita al consultorio
- Obtener ayuda con una factura o explicación de beneficios (EOB)
- Solicitar un reabastecimiento de medicamentos
- Verificación de Beneficios (VOB)
- Hacer preguntas sobre copagos y reclamaciones
- Solicite una estimación de costos para un próximo procedimiento
- Obtener ayuda con diversos problemas de proveedores (p. ej., lista de proveedores de la red, programación de citas, provisión de VOB, nominación de proveedores para la red, etc.)
- Encuentre un centro que acepte los beneficios contratados por Lucent Health.
- Navegar por los problemas de precertificación
- Obtenga apoyo cuando un centro se resiste a aceptar cobertura
- Coordinar con Lucent Recursos sanitarios para realizar el pago en el punto de servicio
- Solicitar un nuevo o tarjeta de identificación de reemplazo

## Gestión de cuidados complejos

Como miembro de Lucent Health, si tiene necesidades apropiadas para la gestión de atención compleja; cualquier cosa, desde dar a luz hasta controlar una enfermedad crónica o lidiar con problemas de salud conductual: ¡ podemos ayudar!

¿Quién utiliza Complex Care?

- Atención de maternidad
- Enfermedad cardiovascular
- Cáncer/Neoplasia
- Condiciones metabólicas y endocrinas
- Enfermedades respiratorias
- Enfermedades Gastrointestinales
- Enfermedades Neurológicas
- Enfermedades del Sistema Genitourinario
- Enfermedades infecciosas
- Enfermedades musculoesqueléticas
- Enfermedades del comportamiento
- COVID-19
- Y otras condiciones complejas

¿Qué proporciona la gestión de cuidados complejos?

- Un plan de atención individualizado
- Asistencia para coordinar las necesidades de atención
- Asistencia para contratar médicos y especialistas.
- Un oído atento entre visitas al médico
- Educación y ayuda para comprender tratamientos y medicamentos.
- Recursos para ayudar a los cuidadores a practicar el autocuidado y aliviar la fatiga y el estrés.
- Acceso inmediato a un lugar centralizado para organizar y guardar copias digitales de sus documentos importantes
- Rastreadores de medicamentos y recordatorios de dosis

facturas

# Cómo leer una explicación de beneficios (EOB)

Si recibe una factura que dice que debe más que su EOB, se trata de una factura de saldo. Las facturas de saldo deben enviarse al conserje de Narus Health, junto con su EOB, a [conciERGE@narushealth.com](mailto:conciERGE@narushealth.com). Trabajan directamente con el Centro de Defensa del Paciente (PAC) de HST para resolver su factura de saldo. Continúe enviando las facturas que reciba después de enviar la factura inicial. Si cree que no está recibiendo el nivel adecuado de atención por parte de nuestros socios, comuníquese con Eryn Johnson en [Erynt@atlanticpkg.com](mailto:Erynt@atlanticpkg.com) o 910-398-6174.

**Lucent Health**  
 Lucent Health  
 PO BOX 7020  
 APPLETON WI 54912-7020

32102112743  
 1001 1376

Page 1 of 2

ID7C [5,744] 1 of 2

Forwarding Service Requested

\*\*\*\*\*SCH 5-DIGIT 28411  
 5744 1 AV D - 398  
 Jane Doe  
 806 N 23rd Street  
 Wilmington, NC 28405

## Explanation of Benefits

**RETAIN FOR TAX PURPOSES  
 THIS IS NOT A BILL**

### Customer Service Information

If you have questions call  
 (920)968-4613 or (877) 236-0844

Group Name: ATLANTIC CORPORATION  
 Group#: B33  
 Dept Code: 9433

Employee or Adult Dependent:  
 JANE DOE

Patient: CARA DOE  
 Prepared On: 02/24/2021

Date payment was made to provider

Date claim was received by Lucent Health

Claim#: 202102112743  
 Patient: CARA DOE

Provider: BEACHCARE URGENT FAMILY MEDICA  
 Patient#: 18520 Insured Name: JANE DOE

Treatment Dates	Proc. Code	Description	Billed Amount	Not Covered	Reason Code	Claim Reductions	Penalty Amount	Covered Amount	Deductible Amount	Co-pay Amount	Paid At	Payment Amount
11/05-11/05/2020	99214	OFFICE VISIT	\$185.00	\$0.00	1	\$27.45	\$0.00	\$157.55	\$0.00	\$25.00	100%	\$132.55
11/05-11/05/2020	13132	SURGERY	\$749.00	\$0.00	1	\$166.41	\$0.00	\$582.59	\$0.00	\$0.00	100%	\$582.59
<b>Column Totals</b>			<b>\$934.00</b>	<b>\$0.00</b>		<b>\$193.86</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$740.14</b>	<b>\$0.00</b>	<b>\$25.00</b>		<b>\$715.14</b>

Co-pay Amount \$25.00  
 Deductible Amount \$0.00  
 Out Of Pocket Amount \$0.00  
 Over Reasonable and Customary \$0.00

Other Insurance Credits \$0.00  
 Total Payment Amount \$715.14

Patient's Responsibility: \$25.00

What you should pay to the provider. NEVER pay more than this amount!

Amount paid by insurance to your provider.

# Iniciativas de bienestar de Atlantic Packaging

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



Queremos seguir capacitándolos a todos para que den pasos hacia una vida más saludable. Una de las principales áreas en las que es importante centrarse es la atención preventiva. Piense en la atención preventiva como cuidar su automóvil. No sabes lo que está pasando hasta que miras debajo del capó y cada año necesitas cambiar el aceite, rotar las llantas y llenarlo con gasolina para que funcione bien y dure mucho tiempo. Tu cuerpo no es diferente.

Creemos que la mejor atención sanitaria es la atención sanitaria preventiva. Es importante que todos los miembros de la familia Atlantic tengan un proveedor de atención médica que pueda establecer una base para su salud y esté allí para ayudar a identificar los primeros signos de cáncer, enfermedades crónicas e incluso depresión o ansiedad. Por lo tanto, continuaremos con nuestro Programa de Incentivos de Bienestar que le permite obtener un descuento en su prima médica al completar estas 4 actividades preventivas antes del 31 de agosto de 2024:

## 1. Complete una evaluación biométrica

- Se realizarán exámenes biométricos in situ en la mayoría de las sucursales en octubre de 2023.
- Si no completa su examen biométrico en un evento de detección en el sitio, su médico puede completar su evaluación durante su examen físico anual.

## 2. Complete un examen físico anual\*

- Esto se puede hacer en el Centro de Bienestar Carter para Empleados de la Ciudad de Tabor o con su propio Médico de Atención Primaria.

## 3. Completar un examen de salud preventivo, una limpieza dental o un examen de la vista indicado por la edad/género\*

- Las siguientes actividades califican como examen preventivo:
  - Mamografías
  - Colonoscopias
  - Mujer sana
  - Examen de próstata
  - Examen/detección dental
  - Examen cutáneo anterior
  - Examen de la vista (ojo)

## 4. Complete una cita de asesoría de salud o salud conductual

- Estas citas se pueden programar en el portal de Marathon Health con su asesor de salud o Tiffany, nuestra dedicada especialista en salud conductual.

Se requerirá que los empleados cumplan con los requisitos del programa durante el año del plan 2023-2024 para recibir el descuento en la prima del seguro de bienestar el próximo año, 2024-2025. Sin embargo, si no cumple con la fecha límite del 31 de agosto, ajustaremos su prima al plan de bienestar una vez que complete los 4 requisitos dentro del año del plan. Para obtener más información sobre nuestro Programa de incentivos de bienestar y todas nuestras iniciativas de bienestar, visite nuestro sitio web de bienestar en <https://wellness.atlanticpkg.com/>

\*El examen físico y preventivo anual debe ser verificado con un formulario que se envía a Marathon Health. Para obtener una copia de estos formularios, visite el sitio web de Atlantic Wellness en <https://wellness.atlanticpkg.com/>

# Telemedicina



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

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

- Síntomas del resfriado y la gripe
- Bronquitis
- Infección respiratoria
- Hiedra venenosa
- Infección en el oído
- Alergias
- Infección del tracto urinario
- Problemas sinusales
- Ojo rosa
- ¡ Y más!

Después de su "visita" con Teladoc, ellos estarán encantados de brindarle información sobre su consulta a su médico de atención primaria, si usted da su consentimiento.

Las consultas de medicina general, dermatología y nutrición están cubiertas a \$0 para los miembros inscritos en el plan médico de Atlantic.

Puede solicitar una consulta llamando al 1-855-835-2362, a través de su sitio web en [www.teladoc.com](http://www.teladoc.com) o descargando la aplicación móvil Teladoc.



## Seguro dental



Atlantic Packaging ofrece un programa dental a través de Delta Dental. El siguiente cuadro es un breve resumen del plan. Consulte la descripción resumida del plan para obtener detalles completos 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. Visita [www.deltadentalnc.com](http://www.deltadentalnc.com) para encontrar un dentista en su red.



	Dental Delta	
	Beneficios dentro de la red	Beneficios fuera de la red
<b>Deducible Anual</b>		
Individual	\$50	\$50
Familia	\$150	\$150
¿Exento para atención preventiva?	Sí	Sí
<b>Máximo Anual</b>		
Por persona cubierta	\$1,500	\$1,500
Diagnóstico y preventivo*: examen bucal, limpieza, todas las radiografías, aplicación tópica de solución de fluoruro para niños dependientes de hasta 19 años, mantenedores de espacio, selladores para niños de hasta 16 años.	100%	100%
Básico: extracciones, empastes, cirugía bucal, servicios de laboratorio necesarios para procedimientos, anestesia general, cuidado endodóntico y periodontal.	80%	80%
Mayor: coronas, incrustaciones/onlays, puentes, dentaduras postizas, implantes	50%	50%
<b>Ortodoncia (hijos dependientes cubiertos hasta los 19 años)</b>		
Porcentaje de beneficio	50%	50%
Máximo de por vida	\$1,000	\$1,000

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

Contribuciones de los empleados	Mensual	Semanalmente
Empleado	\$30.37	\$7.01
Empleado y cónyuge	\$67.37	\$15.55
Empleado e hijo(s)	\$65.02	\$15.00
Empleado y familia	\$118.42	\$27.33

Atlantic Packaging ofrece a los empleados y sus dependientes elegibles la opción de comprar un seguro de visión a través de Superior Vision. El siguiente cuadro es un breve resumen del plan. Consulte la descripción resumida del plan para obtener detalles completos del plan.

Visión Superior	
Copago	
Exámenes de rutina (anual)	\$10
Materiales de visión	
Copago de materiales	\$25
Lentes	El beneficio varía según el tipo de lente. Cubierto cada 12 meses
Contactos cubiertos en lugar de marcos. Los contactos médicamente necesarios pueden estar cubiertos en un nivel de beneficio más alto	Contactos electivos cubiertos \$125 cada 12 meses
Marcos	Cubierto a \$125 cada 12 meses

Contribuciones de los empleados	Mensual	Semanalmente
Empleado	\$6.90	\$1.59
Empleado y cónyuge	\$13.11	\$3.03
Empleado e hijo(s)	\$13.80	\$3.18
Empleado y familia	\$20.18	\$4.66



## Vida Básica y Muerte Accidental & Seguro de desmembramiento (AD&D)



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

Voya Finacial	
Vida básica del empleado y AD&D	
Beneficio máximo	\$50,000
Emisión garantizada	\$50,000



## Vida Suplementaria y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D) Seguro



Voya Finacial	
Vida suplementaria para empleados y AD&D	
Incrementos de beneficios	\$1,000
Beneficio máximo	\$500,000
Emisión garantizada	Lo que sea menor entre 2x ganancias anuales o \$350,000
Vida suplementaria para el cónyuge y AD&D	
Incrementos de beneficios	\$1,000
Beneficio Máximo 50% de la elección del Empleado o \$250,000	
Emisión Garantizada \$50,000	
Vida suplementaria para dependientes y AD&D	
Beneficio máximo	\$10,000
Emisión garantizada	\$10,000

Además de la cobertura de vida básica y AD&D pagada por el empleador, usted tiene la opción de comprar un seguro de vida voluntario adicional para cubrir cualquier brecha en su cobertura existente que pueda ser resultado de programas de reducción de edad, costo de vida, obligaciones financieras existentes, etc. Sin embargo, su elección podría estar sujeta a cuestiones médicas y pruebas de asegurabilidad.

Puede comprar un seguro de vida y AD&D adicional con Voya Finacial si desea más cobertura. Tus aportes dependerán de tu edad y del monto de cobertura que elijas.

Todos los empleados elegibles tienen la opción de comprar incrementos de \$1,000 hasta un máximo de \$500,000. Como nuevo empleado, puede elegir hasta el doble de sus ingresos anuales o \$350,000, lo que sea menor, sin presentar evidencia de asegurabilidad. El beneficio AD&D debe coincidir con el beneficio de vida.

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

Se puede seleccionar cobertura de vida suplementaria y AD&D para sus dependientes menores de 26 años por \$10,000. El costo de asegurar a sus hijos es de \$2,90 por mes o \$0,67 por semana. Este costo es el mismo independientemente de cuántos hijos tenga.

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

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

Vida Suplementaria y Muerte Accidental y Desmembramiento (AD&D)		
Tarifas por \$1,000		
Edad	Semanalmente Tasa	Mensual Tasa
<30	\$0,0138	\$0,06
30-34	\$0,0138	\$0,06
35-39	\$0,0254	\$0,11
40-44	\$0,0277	\$0,12
45-49	\$0,0369	\$0,16
50-54	\$0,0369	\$0,16
55-59	\$0,1038	\$0,45
60-64	\$0,1338	\$0,58
65-69	\$0,2538	\$1,10
70+	\$0,4084	\$1,77

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

Durante la inscripción abierta para el año del plan 2023-2024, todos los empleados elegibles pueden elegir un seguro de vida para empleados, cónyuges y dependientes, hasta los límites de emisión garantizados, sin proporcionar evidencia de asegurabilidad, incluso si esta cobertura se renunció previamente.

Fuera de la inscripción anual, se requiere EOI para cualquier aumento en la cobertura.

### ¡Recordatorio importante!

Asegúrese de asignar un beneficiario o fideicomiso en vida para garantizar que sus activos se distribuyan de acuerdo con sus deseos.

## Beneficiario

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

# Incapacidad voluntaria



Como empleado de Atlantic Packaging, puede optar por inscribirse en el programa de discapacidad a corto plazo y/o a largo plazo.

Plan de Invalidez. Los Planes de Incapacidad le brindan protección financiera al pagar una parte de sus ingresos mientras está incapacitado por un accidente o enfermedad. La cantidad que recibe se basa en el salario que ganaba antes de que comenzara su incapacidad. **Durante la inscripción abierta para el año del plan 2023-2024, los empleados elegibles pueden elegir STD sin presentar evidencia de asegurabilidad. Si renunció a la cobertura cuando fue elegible por primera vez y se inscribe en LTD por primera vez, se requerirá evidencia de asegurabilidad.**

## Seguro de Incapacidad a Corto Plazo

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

Ejemplo de cálculo de prima por incapacidad a corto plazo:

Supongamos un salario base anual de 30.000 dólares para un empleado de 35 años.  
a partir del 1/10.

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

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

3.  $\$346.15 / 10 \text{ (tarifa calculada en base a } \$10 \text{ de beneficio semanal)} = \$34.62$
4.  $\$34.62 \times \$0.0669 \text{ (tarifa semanal por gráfico para personas de 35 años)} = \text{costo de } \$2.32 \text{ por semana}$

Discapacidad a corto plazo		
Tarifas por \$10 de beneficio semanal		
Edad	Semanalmente Tasa	Mensual Tasa
<29	\$0,0738	\$0,32
30-39	\$0,0669	\$0,29
40-44	\$0,0692	\$0,30
45-49	\$0,0761	\$0,33
50-54	\$0,0923	\$0,40
55-59	\$0,1269	\$0,55
60+	\$0,1454	\$0,63

## Seguro de Incapacidad a Largo Plazo

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

Ejemplo de cálculo de prima por incapacidad a largo plazo:

Supongamos un salario base anual de 30.000 dólares para un empleado de 35 años.  
a partir del 1/10.

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

**Nota:** si su salario mensual es superior a \$8,333, utilice \$8,333 para continuar con los cálculos del paso 2.

2.  $\$2,500 / 100 \text{ (tarifa calculada en base a } \$100 \text{ de beneficio mensual)} = \$25$
3.  $\$25 \times \$0,0715 \text{ (tarifa semanal para personas de 35 años por gráfico)} = \text{costo de } \$1,79 \text{ por semana}$

Discapacidad a largo plazo		
Tarifas por \$100 de Salario Mensual		
Edad	Semanalmente Tasa	Mensual Tasa
<25	\$0,0300	\$0.13
25-29	\$0,0346	\$0.15
30-34	\$0,0484	\$0.21
35-39	\$0,0715	\$0.31
40-44	\$0,0992	\$0.43
45-49	\$0,1569	\$0,68
50-54	\$0,2215	\$0.96
55-59	\$0,2792	\$1.21
60+	\$0,2792	\$1.21



# Beneficios voluntarios adicionales



Como empleado elegible para beneficios de Atlantic Packaging, puede adquirir un seguro voluntario contra accidentes, enfermedades críticas e indemnización hospitalaria a través de Voya Financial.

<p>Accidente Seguro</p>	<p>El seguro contra accidentes le paga beneficios por lesiones y eventos específicos que resulten de un accidente cubierto que ocurra en o después de su fecha de vigencia. El monto del beneficio depende del tipo de lesión y de la atención recibida. Las características incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Emisión garantizada: no se requieren preguntas ni pruebas médicas</li><li>• Flexible: puede utilizar los pagos de beneficios para cualquier propósito que desee</li><li>• Portátil: si deja su empleador actual o se jubila, puede llevarse su cobertura con usted.</li></ul> <p>• Incluye un beneficio de bienestar de \$50 por completar una prueba de detección de salud.</p>
<p>Enfermedad crítica Seguro</p>	<p>El seguro de enfermedades críticas paga un beneficio de suma global si se le diagnostica una enfermedad o afección cubierta en la fecha de entrada en vigor de su cobertura o después. La cobertura está disponible para usted y sus dependientes elegibles. Las características incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Emisión garantizada: no se requieren preguntas ni pruebas médicas</li><li>• Flexible: puede utilizar los pagos de beneficios para cualquier propósito que desee</li><li>• Portátil: si deja su empleador actual o se jubila, puede llevarse su cobertura con usted.</li></ul> <p>• Incluye un beneficio de bienestar de \$50 por completar una prueba de detección de salud.</p>
<p>Hospital Indemnidad Seguro</p>	<p>El seguro de indemnización hospitalaria proporciona un pago de beneficio diario fijo si tiene una estadía cubierta en un hospital, unidad de cuidados críticos o centro de rehabilitación que comienza en la fecha de vigencia de su cobertura o después. Las características incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Emisión garantizada: no se requieren preguntas ni pruebas médicas</li><li>• Flexible: puede utilizar los pagos de beneficios para cualquier propósito que desee</li><li>• Portátil: si deja su empleador actual o se jubila, puede llevarse su cobertura con usted.</li></ul> <p>• Incluye un beneficio de bienestar de \$50 por completar una prueba de detección de salud.</p>



# Plan de protección de identidad de Allstate



Dado que gran parte de nuestra vida diaria transcurre en línea, es más importante que nunca permanecer conectado. Pero compartir más 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. Es por eso que Atlantic ofrece Allstate Identity Protection como beneficio. De esta manera, puede estar preparado y ayudar a proteger su identidad y sus finanzas de una gama cada vez mayor de amenazas.

Atlantic ha agregado el plan Pro+ Cyber de Allstate como opción para 2023-2024. Con Allstate Identity Protection Pro+ Cyber, obtienes los mismos beneficios del plan Pro+ más protección para tus dispositivos electrónicos.

## Allstate Identity Protection Pro+

- Allstate Digital Footprint<sup>®</sup>, our proprietary privacy tool, shows where your data lives online and how it might be exposed
- Comprehensive identity and financial monitoring, such as high-risk transaction and financial account monitoring and more
- Identity Health Status gives you at-a-glance insight into your risk
- Allstate Security Pro<sup>®</sup> delivers updates and education on scams relevant to you
- Social media account takeover monitoring
- Robocall blocker<sup>‡</sup>
- Ad blocker<sup>‡</sup>
- Family digital safety tools<sup>‡</sup> with screen time management, location tracking, and web filtering<sup>Δ</sup>
- Auto-on tri-bureau credit monitoring<sup>\*</sup> with annual reporting and credit score
- Lock your TransUnion credit report in a click and get credit freeze assistance
- Dark web monitoring
- Full-service U.S.-based restoration support available 24/7
- Up to \$1 million reimbursement for identity theft expenses & stolen funds<sup>†</sup>, includes coverage for:
  - 401(k)/HSA fraud
  - deceased family member fraud<sup>Δ</sup>
  - home title fraud
  - professional fraud expense reimbursement

## Allstate Identity Protection Pro+ Cyber All the features of Pro+, and also:

- Cyber protection tools for up to 5 enrolled devices, including:
  - Anti-virus protection
  - Safe browsing
  - Missing and stolen device tools (Android and Windows)
  - Safe Pay (Windows, macOS)
  - Webcam protection (Windows)
  - Firewall (Windows)
  - Anti-tracker (Windows, macOS, iOS)
  - Phishing protection (Windows, Android, iOS)
  - Android smart watch protection
  - File Shredder (Windows)
- Premium VPN with 4000+ servers to stay safe without slowing down
- Military-standard encrypted password manager
- Family digital safety tools<sup>‡</sup> expand to monitor 30+ apps and websites for signs of danger such as cyberbullying<sup>Δ</sup>
- Extended reimbursement coverage for identity theft expenses and stolen funds<sup>†</sup> includes personal ransomware<sup>§</sup> expense reimbursement
- With a family plan, extend reimbursement coverage<sup>†</sup> up to \$2 million

§ Does not cover cyber ransom payments to hackers

Δ Only available with a family plan.

\* Level of automatic monitoring dependent on enrollment method and information shared with Allstate Identity Protection

‡ Some features require additional activation. Privacy management features cover up to five email addresses in a family plan. Robocall blocker and ad blocker can only be used by primary subscriber, even in a family plan. Cyber and family digital safety features are managed through the primary subscriber's account in family plans.

† Identity theft insurance covering expense and stolen funds reimbursement is underwritten by American Bankers Insurance Company of Florida, an Assurant company. The description herein is a summary and intended for informational purposes only and does not include all terms, conditions and exclusions of the policies described. Please refer to the actual policies for terms, conditions, and exclusions of coverage. Coverage may not be available in all jurisdictions.

Product may be updated or modified. Certain features require additional activation.

Allstate Identity Protection is offered and serviced by InfoArmor, Inc., a subsidiary of The Allstate Corporation.

AIP\_OE\_SUBSCRIBEROVERVIEW\_MULTIPRODUCT+\_042023

Contribuciones de los empleados	Pro+		Pro+ Cibernético	
	Mensual	Semanal	Mensual	Semanalmente
Empleado	\$7.95	\$1.83	\$9.95	\$2.30
Empleado y familia	\$13.95	\$3.22	\$17.95	\$4.14

## Programa de asistencia al empleado



### Confidential Emotional Support

Our highly trained clinicians will listen to your concerns and quickly refer you to in-person counseling and other resources for:

- Anxiety, depression, stress
- Grief, loss and life adjustments
- Relationship/marital conflicts



### Online Support

GuidanceResources® Online is your 24/7 link to vital information, tools and support. Log on for:

- Articles, podcasts, videos, slideshows
- On-demand trainings
- "Ask the Expert" personal responses to your questions

## 24/7 Support, Resources & Information

### Contact Your GuidanceResources® Program

Call: 877.533.2363

TDD: 800.697.0353

Online: [guidanceresources.com](http://guidanceresources.com)

App: GuidanceResources® Now

Web ID: My5848i

## Vacaciones

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

- Día de Año Nuevo
- Viernes Santo
- Día de los Caídos
- 16 de junio
- 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 brindar a los empleados un descanso anual y un cambio de actividades para promover un bienestar físico y mental óptimo. Se anima a todos los empleados a tomar todo el tiempo de vacaciones acumulado cada año.

Después de una incorporación gradual de 18 meses, cada empleado de tiempo completo recibirá 15 días de PTO (incluye vacaciones, enfermedad y licencia personal) con 5 días adicionales otorgados después de 15 años de servicio.



# Política de licencia de maternidad

La licencia de maternidad según esta política es una licencia remunerada que se utilizará con el nacimiento del hijo de una empleada. Son elegibles los empleados de tiempo completo con al menos un año completo de servicio a partir de la fecha de nacimiento.

Los empleados elegibles pueden tomar hasta ocho (8) semanas de licencia de maternidad. La licencia de maternidad varía según el tipo de parto y la integración con la cobertura de Incapacidad a Corto Plazo (si corresponde):

## Parto vaginal normal

- Semana 1: 100 % del salario base utilizando el PTO del empleado
- Semanas 2 a 6: 100 % del salario base; Incapacidad a corto plazo paga el 60 % y Atlantic paga el 40 %.
- Semanas 7-8: 100 % del salario base de Atlantic

## Entrega por cesárea:

- Semana 1: 100 % del salario base utilizando el PTO del empleado
- Semanas 2 a 8: 100 % del salario base; Incapacidad a corto plazo paga el 60 % y Atlantic paga el 40 %.

## Si el empleado no tiene cobertura por incapacidad a corto plazo:

- Semana 1: 100 % del salario base utilizando el PTO del empleado
- Semanas 2 a 8: 100% del salario base de Atlantic

Beneficios del Plan Cafetería: Se seguirán brindando beneficios de seguro durante la licencia de maternidad

Requisitos para obtener licencia remunerada: El empleado debe proporcionar a su supervisor un aviso por escrito de al menos sesenta (60) días sobre la licencia de maternidad pendiente.

Integración con FMLA: FMLA se ejecutará simultáneamente con la licencia de maternidad. En caso de que la empleada requiera más de ocho (8) semanas de licencia por el nacimiento, seguirán disponibles cuatro (4) semanas de FMLA no remunerada. Consulte la Política IV-8 para obtener detalles sobre la FMLA.



# Plan de retiro

Atlantic Packaging ofrece a los empleados la opción de contribuir a un plan 401K. Puede contribuir hasta el 100 % por periodo de pago de forma inmediata. La empresa iguala el 30% del primer 6% diferido y adquiere el 100% de forma inmediata.

Se encuentra disponible una variedad de opciones de inversión diversificadas. Los empleados son elegibles para igualar en la próxima fecha de ingreso después de un (1) año de servicio como empleado de tiempo completo. Las fechas de entrada son el 1 de enero y el 1 de julio.

Dos opciones de aplazamiento disponibles: 401K tradicional (antes de impuestos) y Roth (después de impuestos).

Los nuevos empleados tienen 30 días a partir de la fecha de contratación para realizar una elección de aplazamiento antes de INSCRIBIRSE AUTOMÁTICAMENTE al 6%.

Para realizar sus elecciones de aplazamiento, inicie sesión en el sitio web de Principal en [www.principal.com](http://www.principal.com) o llame al 800-986-3343 para hablar con 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, entradas para parques temáticos y mucho más. Es un recurso de ventanilla única con cientos de socios de descuento y miles de ofertas de descuento.

ofertas. Para acceder a LifeMart, vaya a: [discountmember.lifecare.com](http://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 sea depositado directamente. Esto es obligatorio a menos que sea en el estado de Michigan.



## Información del contacto

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

Los especialistas del Centro de recursos de beneficios están disponibles de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del este y central, al 855-874-0835 o por correo electrónico a [BRCSouth@usi.com](mailto:BRCSouth@usi.com). Si necesita ayuda fuera del horario comercial habitual, deje un mensaje y uno de los especialistas en beneficios le devolverá la llamada o el mensaje de correo electrónico de inmediato al final del siguiente día hábil.

### Servicio al cliente del operador

Puede encontrar información adicional sobre los planes de beneficios a continuación. Por favor contacte a Recursos Humanos para completar cualquier cambio en sus beneficios que no esté relacionado con su inscripción inicial o anual.

BENEFICIO	TRANSPORTADOR	NÚMERO DE TELÉFONO	SITIO WEB/CORREO ELECTRÓNICO
Conserje médico	Salud de la columna vertebral	1-888-585-3309	<a href="mailto:conserje@narushealth.com">conserje@narushealth.com</a>
Recetas	OptumRx	1-800-334-8134	<a href="http://www.optumrx.com">www.optumrx.com</a>
Telemedicina	Teladoc	1-800-835-2362	<a href="http://www.teladoc.com">www.teladoc.com</a>
Programa de bienestar	Salud del maratón	<a href="https://my.marathon-health.com/sign_in">https://my.marathon-health.com/sign_in</a>	
PPO dental	Dental Delta	1-800-662-8856	<a href="http://www.deltadentalnc.com">www.deltadentalnc.com</a>
Visión	Visión Superior	1-800-507-3800	<a href="http://www.superiorvision.com">www.superiorvision.com</a>
Vida y AD&D	Voya Financial	1-888-238-4840	<a href="https://presents.voya.com/EBRC/Inicio/AtlanticCorporation">https://presents.voya.com/EBRC/Inicio/AtlanticCorporation</a>
Vida voluntaria			
Discapacidad a corto plazo (ETS)	Voya Financial	1-888-464-3652	<a href="http://www.voya.absenceresources.com">www.voya.absenceresources.com</a> Si utiliza el sitio web por primera vez, regístrese con su número de empleado de 4 dígitos
Discapacidad a largo plazo (LTD)			
FMLA			
PAE	Recursos de orientación	1-877-533-2363	<a href="https://guidanceresources.com">https://guidanceresources.com</a> ID web: My5848i
Enfermedad crítica	Voya Financial	1-877-236-7564	<a href="https://presents.voya.com/EBRC/Inicio/AtlanticCorporation">https://presents.voya.com/EBRC/Inicio/AtlanticCorporation</a>
Sólo hospitalización			
Accidente			
401(k)	Principal	1-800-986-3343	<a href="http://www.principal.com">www.principal.com</a>
Contactos del equipo de recursos humanos de Atlantic			
Eryn Johnson	Wilmington	910-398-6174	<a href="mailto:erynt@atlanticpkg.com">erynt@atlanticpkg.com</a>
lynn vann	Wilmington	910-398-6135	<a href="mailto:lynnv@atlanticpkg.com">lynnv@atlanticpkg.com</a>
robbie daniels	ciudad de tabor	910-653-7450	<a href="mailto:robbyd@atlanticpkg.com">robbyd@atlanticpkg.com</a>
Renée Windham	ciudad de tabor	910-343-0624	<a href="mailto:renew@atlanticpkg.com">renew@atlanticpkg.com</a>
Becca Schusler	Directora de Bienestar	704-909-5731	<a href="mailto:beccas@atlanticpkg.com">beccas@atlanticpkg.com</a>

Este folleto resume los planes de beneficios que están 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 beneficios. Estos documentos rigen su programa de beneficios. Si hay algún 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 es garantía de beneficios.

# NOTIFICACIONES REQUERIDAS

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

## LEY DE DERECHOS DE LA MUJER SOBRE LA SALUD CONTRA EL CÁNCER DE 1998 (WHCRA)

Si se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, es posible que tenga derecho a ciertos beneficios según la Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer de 1998 (WHCRA). Para las personas que reciben beneficios relacionados con la mastectomía, la cobertura se proporcionará de la manera determinada en consulta con el médico tratante y el paciente, para:

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

Estos beneficios se proporcionarán sujetos a los mismos deducibles y coseguros aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados en virtud de este plan. Por lo tanto, se aplican los siguientes deducibles y coseguros: \$500 de deducible y 20% de coseguro hasta un desembolso máximo de \$2,500.

## DIVULGACIÓN DE LA LEY DE RECIÉN NACIDO - FEDERAL

Los planes de salud grupales y los emisores de seguros de salud generalmente no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios de cualquier duración de estadía hospitalaria en relación 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 un 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 el alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o 96 horas, según corresponda). En cualquier caso, los planes y los emisores no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor obtenga autorización del plan o del emisor del seguro para prescribir una duración 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 otro seguro médico o cobertura de plan médico 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 para adopción, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes. Sin embargo, debe solicitar la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación para 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 estatal CHIP está vigente, es posible que pueda inscribirse usted y sus dependientes en este plan si:

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

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

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

## AVISO SOBRE LOS 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 programas de bienestar patrocinados por los empleadores que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluida la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008 y la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico. según corresponda, entre otros. Si elige participar en el programa de bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de riesgos para la salud o "HRA" que plantea una serie de preguntas sobre sus actividades y comportamientos relacionados con la salud y si tiene o tuvo ciertas afecciones médicas (p. ej., cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). También se le pedirá que complete un examen biométrico, que incluirá un análisis de sangre para medir los lípidos y la glucosa. No es necesario que complete la HRA ni que participe en el análisis de sangre u otros exámenes médicos.

Sin embargo, los empleados que opten por participar en el programa de bienestar recibirán una prima más baja en el plan médico. Aunque no es necesario que complete la HRA ni participe en el examen biométrico, solo los empleados que lo hagan recibirá la prima médica más baja.

La información de su HRA y los resultados de su examen biométrico se utilizarán para brindarle información que le ayudará a comprender su salud actual y sus riesgos potenciales, y también se pueden utilizar para ofrecerle servicios a través del programa de bienestar, como reunirse con Marathon. Salud. También le recomendamos que comparta sus resultados o inquietudes con su propio médico.

### Protecciones contra la divulgación de información médica

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud de identificación personal. Aunque el programa de bienestar y Atlantic Packaging pueden usar información agregada que recopila para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, el programa de bienestar de Atlantic nunca divulgará su información personal, ya sea públicamente o al empleador, excepto cuando sea necesario para responder a una solicitud suya para una adaptación razonable necesaria para participar en el programa de bienestar, o según lo expresamente permitido por la ley. La información médica que lo identifica personalmente y que se proporciona en relación con el programa de bienestar no se proporcionará a sus supervisores o gerentes y nunca podrá usarse para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información de salud no será vendida, intercambiada, transferida ni divulgada de otro modo excepto en la medida permitida por la ley para llevar a cabo actividades específicas relacionadas con el programa de bienestar, y no se le pedirá ni se le exigirá que renuncie a la confidencialidad de su información de salud como una 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 de salud de identificación personal es Marathon Health para poder brindarle servicios bajo el 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 usted 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 la información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, se lo notificaremos de inmediato.

No podrá ser discriminado en el empleo debido a la información médica que proporcione como parte de su participación en el programa de bienestar, ni podrá ser objeto de represalias si decide no participar.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre 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 está comprometido 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 es posible que no pueda cumplir con un estándar para una recompensa según este programa de bienestar, es posible que califique para tener la oportunidad de ganar la misma recompensa por diferentes medios. Contáctenos 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 según su estado de salud.

## DECLARACIÓN DE DERECHOS DE ERISA

Como participante del Plan, usted tiene ciertos derechos y protecciones según la Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los 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 otros lugares especificados, el Plan y los documentos del Plan, incluido el contrato de seguro y copias de todos los documentos presentados por el Plan en los EE. UU. Departamento de Trabajo, si corresponde, como informes anuales y descripciones del Plan.
- Obtener copias de los documentos del Plan y otra información del Plan previa 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 así lo requiere ERISA. El plan El Administrador está obligado por ley a proporcionar a cada participante una copia de este informe anual resumido, si corresponde.

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 hay una pérdida de cobertura bajo el plan como resultado de un evento calificativo. Es posible que usted y sus dependientes tengan que pagar por dicha cobertura. Revise la descripción resumida del plan y los documentos que rigen el Plan para conocer las reglas sobre la continuación de los derechos de cobertura de COBRA.

Acciones Prudentes por parte 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 otros 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 reclamo de un beneficio de asistencia social es rechazado total o parcialmente, debe recibir una explicación por escrito del motivo del rechazo. Tiene derecho a que el Plan revise y reconsidere su reclamo.

Según ERISA, hay pasos que puede seguir para hacer cumplir estos derechos. Por ejemplo, si solicita materiales al Administrador del Plan y no los recibe dentro de los 30 días, puede presentar una demanda en un tribunal federal. En tal caso, el tribunal puede exigir que el Administrador del Plan proporcione los materiales y le pague hasta \$110 por día, hasta que reciba los materiales, a menos que los materiales no se hayan enviado por razones fuera del control del Administrador del Plan. Si tiene un reclamo de beneficios que es denegado o ignorado, total o parcialmente, y ha agotado los procedimientos de reclamo disponibles según el Plan, puede presentar una demanda en un tribunal estatal o federal. Si sucediera que los fiduciarios del Plan hacen un mal uso del dinero del Plan, o si usted es discriminado por hacer valer sus derechos, puede buscar ayuda del Departamento de Trabajo de EE. UU. o puede presentar una demanda en un tribunal federal. El tribunal decidirá quién deberá pagar las costas 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 reclamo es frívolo), el tribunal puede ordenarle que pague estos costos y honorarios.

Asistencia con sus preguntas

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

o la División de Asistencia Técnica y Consultas, Administración de Seguridad y Beneficios para Empleados, Departamento de Trabajo de EE. UU., 200 Constitution Avenue NW, Washington, DC 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 UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDES ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISARLO DETENIDAMENTE.

### Tu información. Tus derechos. Nuestras responsabilidades.

Se recomienda a los destinatarios del aviso que lo lean completo. La información de contacto para preguntas o quejas está disponible al final del aviso.

#### Tus derechos

Usted tiene derecho a:

- Obtener una copia de sus registros de salud y de reclamos
- Corregir sus registros de salud y de reclamos
- Solicitar comunicación confidencial
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos
- Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información
- Obtenga una copia de este aviso de privacidad
- Elija a alguien para que actúe en su nombre
- Presente una queja si cree que se han violado sus derechos de privacidad

#### Tus opciones

Usted tiene algunas opciones en la forma en que usamos y compartimos información mientras:

- Respondemos preguntas sobre cobertura de sus familiares y amigos
- Brindamos ayuda en casos de desastre
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información

#### Nuestros usos y divulgaciones

Podemos usar y compartir su información mientras:

- Ayudamos a administrar el tratamiento de atención médica que recibe
- Dirigimos nuestra organización
- Pagamos por sus servicios de salud
- Administramos su plan de salud
- Ayudamos con cuestiones de seguridad y salud pública
- Investigamos
- Cumplimos con la ley
- Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajar con un médico forense o director de funeraria
- Atender las solicitudes de compensación laboral, aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

- Responder a demandas y acciones legales

#### Tus derechos

Cuando se trata de su información de salud, 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 de reclamos

- Puede solicitar ver u obtener una copia de sus registros de salud y reclamos y otra información de salud que tengamos sobre tú. Pregúntanos cómo hacer esto. •

Le proporcionaremos una copia o un resumen de sus registros médicos y de reclamos, generalmente dentro de los 30 días posteriores a su solicitud. Nosotros puede cobrar una tarifa razonable basada en el costo.

#### Solicitarnos corregir registros de salud y reclamos

- Puede pedirnos que corrijamos sus registros de salud y de reclamos si cree que son incorrectos o están incompletos. Pregúntanos cómo para hacer esto.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le informaremos el motivo por escrito, generalmente dentro de los 60 días.

#### Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitarnos que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono de casa u oficina) o que le enviemos correo a una dirección diferente. DIRECCIÓN.
- 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 cierta información de salud para tratamiento, pago o nuestras operaciones. • No estamos obligados a aceptar su solicitud.

#### Obtenga una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud hasta por seis años antes de la fecha que preguntas, con quién lo compartimos y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y ciertas otras divulgaciones (como aquellas que usted nos haya pedido que hagamos). Le proporcionaremos una contabilidad al año de forma gratuita, pero le cobraremos una tarifa razonable basada en el costo si solicita otra 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 recibir el aviso electrónicamente. Le proporcionaremos una copia impresa con prontitud.

#### Elige a alguien que actúe por ti

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

#### Presentar una denuncia si siente que se vulneran sus derechos

- Puede quejarse si cree que hemos violado sus derechos comunicándose con nosotros utilizando la información al final de este aviso.
- Puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. enviando una carta a 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, llamando al 1-877-696-6775 o visitando [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/).
- No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja.

## Tus opciones

Para determinada información de salud, puede indicarnos sus opciones sobre lo que compartimos. Si tiene una preferencia clara sobre cómo compartimos su información en las situaciones que se describen a continuación, hable con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos y seguiremos sus instrucciones.

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

- Compartir información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en el pago de su atención.
- Compartir información en una situación de socorro en caso de desastre.

Si no puede decirnos 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 disminuir una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad.

- En estos casos nunca compartimos su información a menos que nos dé permiso por escrito:

Fines de marketing

Venta de tu información

## Nuestros usos y divulgaciones

¿Cómo usamos o compartimos normalmente su información de salud?

Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud de las siguientes maneras.

Ayudar a gestionar el tratamiento de atención médica que recibe

Podemos utilizar su información de salud y compartirla con los profesionales que lo tratan.

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

Paga tus servicios de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud mientras pagamos por 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 de salud al patrocinador de su plan de salud para la administración del plan.

Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para brindarle un plan de salud y le proporcionamos 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 utilizar 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: utilizamos información de salud sobre usted para desarrollar mejores servicios para usted.

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

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

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/index.html).

Ayuda con problemas de salud y seguridad pública.

Podemos compartir información de salud sobre usted para ciertas situaciones tales como:

- Prevención de enfermedades
- Ayudar con retiradas de productos
- Informar reacciones adversas a los medicamentos.
- Denunciar sospechas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Prevenir o reducir una amenaza grave a la salud o seguridad de cualquier persona.

Hacer investigación

Podemos utilizar o compartir su información para investigaciones de salud.

#### Consentir con ley

Compartiremos información sobre usted si las leyes estatales o federales lo requieren, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si quiere comprobar 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 de salud sobre usted con organizaciones de obtención de órganos.
- Podemos compartir información de salud con un forense, un médico forense o un director de funeraria cuando una persona fallece.

Atender la compensación laboral, la aplicación de la ley y otras solicitudes gubernamentales.

Podemos usar o compartir información de salud sobre usted:

- Para reclamos de compensación laboral
- Para fines de aplicación de la ley o con un funcionario encargado de hacer cumplir la ley
- Con organismos de vigilancia de la salud para las 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 de salud sobre usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida. • Le informaremos de inmediato si se produce una infracción que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritos en este aviso y darle una copia del mismo. • No usaremos ni compartiremos su información de otra manera que no sea la descrita aquí a menos que nos indique que podemos hacerlo por escrito. Si nos dice que podemos, puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión.

Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://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 tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible previa solicitud en nuestro sitio web (si corresponde) y le enviaremos una copia por correo.

Otras instrucciones para el aviso

- A partir del 1 de octubre de 2023
- Comuníquese con Recursos Humanos al 910-398-6174

## Aviso importante de Atlantic Packaging sobre su cobertura de medicamentos recetados y

Seguro médico del estado

Lea atentamente este aviso y guárdelo 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 ayudarle a decidir si desea inscribirse o no en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando inscribirse, debe comparar su cobertura actual, incluidos qué medicamentos 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. Al final de este aviso encontrará información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

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

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare estuvo disponible en 2006 para todas las personas con Medicare. puedes conseguir esto cobertura si se inscribe en un plan Medicare de medicamentos recetados o en un plan Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrece cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare brindan al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Atlantic Packaging ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por el Plan Médico de Atlantic Packaging, en promedio para todos los participantes del plan, pague tanto como la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por lo tanto, se considera cobertura acreditable. Debido a que su cobertura actual es Cobertura Acreditable, puede conservar esta cobertura y no pagar una prima más alta (una multa) si luego decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

---

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

Puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible para Medicare por primera vez y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su cobertura acreditable de medicamentos recetados actual, sin que sea culpa suya, también será elegible para un Período de Inscripción Especial (SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

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

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

Si decide inscribirse en 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 la inscripción abierta o en el caso de una oportunidad de inscripción especial.

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

También debe saber que si cancela o pierde su cobertura actual con Atlantic Packaging y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare dentro de los 63 días continuos posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que pague una prima más alta (una multa) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. planificar más tarde.

Si pasa 63 días continuos o más sin cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1% de la prima base del beneficiario de Medicare por mes por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser consistentemente al menos un 19% más alta que la prima básica del beneficiario de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (una multa) siempre que tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que tengas que esperar hasta el mes de octubre siguiente para unirte.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que figura a continuación para obtener más información. NOTA: Recibirá este aviso todos los años. También lo obtendrá antes del próximo período en el que podrá inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y si esta cobertura a través de Atlantic Packaging cambia. También puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

Encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados en el manual "Medicare y usted".

Recibirá una copia del manual por correo todos los años de Medicare. También es posible que los planes de medicamentos de Medicare se comuniquen con usted directamente.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite [www.medicare.gov](http://www.medicare.gov) • Llame a su Programa Estatal de Asistencia sobre Seguros Médicos (consulte la contraportada interior de su copia del documento "Medicare & Usted" para obtener su número de teléfono) para obtener ayuda personalizada • Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Si tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el Seguro Social en la web en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov), o llámelos al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Conserve este aviso de Cobertura acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, es posible que se le solicite que proporcione una copia de este aviso cuando se inscriba para demostrar si ha mantenido o no una cobertura acreditable y, por lo tanto, si debe o no pagar una tarifa más alta. prima (una penalización).

Fecha:	1 de octubre de 2023
Nombre de la entidad/remitente:	Embalaje Atlántico
Contacto--Puesto/Oficina:	Recursos humanos
DIRECCIÓN:	806 Calle 23 Norte , Wilmington, Carolina del Norte 28405
Número de teléfono:	910-398-6174

Asistencia para primas según Medicaid y el  
Programa de seguro médico para niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y son elegibles para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con primas que puede ayudar a pagar la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia con las primas, pero es posible que puedan comprar cobertura de seguro individual a través del Mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov).

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y viven en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP para averiguar si hay asistencia con las primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están actualmente inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina estatal de Medicaid o CHIP o marque [1-877-KIDS NOW](tel:1-877-KIDS-NOW) o [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo presentar la solicitud. Si califica, pregunte en su estado si tiene un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con las primas de Medicaid o CHIP, así como también elegibles según el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en su plan de empleador si aún no lo está. Esto se denomina oportunidad de "inscripción especial" y debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que es elegible para recibir asistencia con las primas. Si tiene preguntas sobre cómo inscribirse en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en [www.askebsa.dol.gov](http://www.askebsa.dol.gov) o llame al [1-866-444-EBSA \(3272\)](tel:1-866-444-EBSA-3272).

Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2023. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad:

ALABAMA – Sitio web de Medicaid:	ALASKA – Medicaid
<a href="http://myalhipp.com/">http://myalhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El programa de pago de primas de seguro médico de AK Sitio web: <a href="http://myakhipp.com/">http://myakhipp.com/</a> Teléfono: <a href="tel:1-866-251-4861">1-866-251-4861</a> Correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad para Medicaid: <a href="https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx">https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx</a>
ARKANSAS – Medicaid	CALIFORNIA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myarhipp.com/">http://myarhipp.com/</a> Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: Pago de primas de seguro médico (HIPP) Programa <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322   Fax: 916-440-5676 Correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)	FLORIDA – Medicaid
Sitio web de Health First Colorado: <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/">https://www.healthfirstcolorado.com/</a> Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 1-800-221-3943/retransmisión estatal 711 CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a> Servicio al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/ Retransmisión estatal 711 Programa de compra de seguro médico (HIBI): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a> Servicio al cliente HIBI: 1-855-692-6442	Sitio web: <a href="https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</a> Teléfono: 1-877-357-3268

GEORGIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
<p>Sitio web de GA HIPP: <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-paid-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-paid-program-hipp</a></p> <p>Teléfono: 678-564-1162, presione 1</p> <p>Sitio web de GA CHIPRA : <a href="https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra">https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</a></p> <p>Teléfono: (678) 564-1162, presione 2</p>	<p>Plan Healthy Indiana para adultos de bajos ingresos de 19 a 64 años</p> <p>Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a></p> <p>Teléfono: 1-877-438-4479</p> <p>Todos los demás Medicaid</p> <p>Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a></p> <p>Teléfono 1-800-457-4584</p>
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)	KANSAS – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a></p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a></p> <p>Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Sitio web de HIPP: <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp">https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</a></p> <p>Teléfono HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a></p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p> <p>Teléfono HIPP: 1-800-766-9012</p>
KENTUCKY – Sitio web del	LUISIANA – Medicaid
<p>Programa de Pago de Primas del Seguro Médico Integrado de Medicaid Kentucky (KI-HIPP):</p> <p><a href="https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://chfs.ky.gov/agencias/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPP_PROGRAM@ky.gov">KIHIPP_PROGRAM@ky.gov</a></p> <p>Sitio web de KCHIP: <a href="https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx">https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</a></p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Sitio web de Medicaid de Kentucky: <a href="https://chfs.ky.gov">https://chfs.ky.gov</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicicaid.la.gov">www.medicicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a></p> <p>Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>
MAINE – Medicaid	MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP
<p>Sitio web de inscripción: <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a></p> <p>Teléfono: 1-800-442-6003   TTY: Relé de Maine 711</p> <p>Página web de primas de seguros médicos privados: <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a></p> <p>Teléfono: 1-800-977-6740   TTY: Relé de Maine 711</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a> Teléfono: 1-800-862-4840</p> <p>Teléfono de texto: (617) 886-8102</p>
MINNESOTA-Medicaid	MISURI – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp">https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</a></p> <p>Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a></p> <p>Teléfono: 573-751-2005</p>
MONTANA – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: <a href="http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a></p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p> <p>Correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a></p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA – Medicaid	NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcfp.nv.gov">http://dhcfp.nv.gov</a></p> <p>Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program">https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program</a></p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número gratuito para el programa HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>

<b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b>	<b>NUEVA YORK – Medicaid</b>
Sitio web de Medicaid: <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clientes/medicaid/</a> Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: <a href="http://www.njfamilycare.org/index.html">http://www.njfamilycare.org/index.html</a> Teléfono CHIP: 1-800-701-0710	Sitio web: <a href="https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/">https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/</a> Teléfono: 1-800-541-2831
<b>CAROLINA DEL NORTE – Sitio web de Medicaid:</b>	<b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b>
<a href="https://medicaid.ncdhhs.gov/">https://medicaid.ncdhhs.gov/</a> Teléfono: 919-855-4100	Sitio web: <a href="http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/">http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/</a> Teléfono: 1-844-854-4825
<b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>	<b>OREGON – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a> Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web: <a href="http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx">http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx</a> <a href="http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html">http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html</a> Teléfono: 1-800-699-9075
<b>PENNSYLVANIA – Sitio web de Medicaid y CHIP : <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a></b>	<b>RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</b>
<a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx</a> Teléfono: 1-800-692-7462 Sitio web de CHIP: <a href="#">Programa de seguro médico para niños (CHIP) (pa.gov)</a> Teléfono CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)	Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a> Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (línea directa para compartir de RIte)
<b>CAROLINA DEL SUR – Sitio web de Medicaid:</b>	<b>DAKOTA DEL SUR - Medicaid</b>
<a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a> Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a> Teléfono: 1-888-828-0059
<b>TEXAS – Sitio web de Medicaid:</b>	<b>UTAH – Medicaid y CHIP</b>
Medicaid: <a href="http://gethipptexas.com/">http://gethipptexas.com/</a> Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web de Medicaid: <a href="https://medicaid.utah.gov/">https://medicaid.utah.gov/</a> Sitio web de CHIP: <a href="http://health.utah.gov/chip">http://health.utah.gov/chip</a> Teléfono: 1-877-543-7669
<b>VERMONT-Medicaid</b>	<b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="#">Programa de pago de primas de seguro médico (HIPP)</a> <a href="#">  Acceso a la salud del Departamento de Vermont</a> Teléfono: 1-800-250-8427	Sitio web: <a href="https://www.coverva.org/en/famis-select">https://www.coverva.org/en/famis-select</a> <a href="https://www.coverva.org/es/hipp">https://www.coverva.org/es/hipp</a> Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924
<b>WASHINGTON – Medicaid</b>	<b>VIRGINIA OCCIDENTAL – Medicaid y CHIP</b>
Sitio web: <a href="https://www.hca.wa.gov/">https://www.hca.wa.gov/</a> Teléfono: 1-800-562-3022	Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a> <a href="http://mywvhpp.com/">http://mywvhpp.com/</a> Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
<b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>	<b>Wyoming – Medicaid</b>
Sitio web: <a href="https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm">https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm</a> Teléfono: 1-800-362-3002	Sitio web: <a href="https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/">https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/</a> Teléfono: 1-800-251-1269

Para ver si otros estados han agregado un programa de asistencia con primas desde el 31 de enero de 2023, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especiales, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de EE.  
UU. Administración de Seguridad de Beneficios para  
Empleados [www.dol.gov/agencies/](http://www.dol.gov/agencies/ebsa)  
[ebsa](http://www.dol.gov/agencies/ebsa) 1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.  
Centros de servicios de Medicare y Medicaid  
[www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)  
1-877-267-2323, opción de menú 4, ext. 61565

## Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Pub. L. 104-13) (PRA), ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB). El Departamento señala que una agencia federal no puede realizar ni patrocinar una recopilación de información a menos que esté aprobada por la OMB conforme a la PRA y muestre un número de control de la OMB actualmente válido, y que el público no está obligado a responder a una recopilación de información a menos que muestre y es un número de control OMB actualmente válido. Véase 44 USC 3507. Además, sin perjuicio de otras disposiciones legales, ninguna persona estará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información si la recopilación de información no muestra un número de control de la OMB actualmente válido. Véase 44 USC 3512.

Se estima que la carga de presentación de informes públicos para esta recopilación de información es de aproximadamente siete minutos por encuestado. Se anima a las partes interesadas a enviar comentarios sobre la estimación de la carga o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, incluidas sugerencias para reducir esta carga, al Departamento de Trabajo de EE. UU., Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados, Oficina de Políticas e Investigación, Atención: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-5718, Washington, DC 20210 o envíe un correo electrónico a [ebesa.opr@dol.gov](mailto:ebesa.opr@dol.gov) y haga referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Número de control de OMB 1210-0137 (expira el 31/01/2026)

# Resumen de beneficios y cobertura (SBC)

Summary of Benefits and Coverage: What this Plan Covers & What You Pay for Covered Services  
Atlantic Corp. Of Wilmington, Inc. Group Health Plan

Coverage Period: 10/01/2023 – 09/30/2024  
Coverage for: Individual, Family | Plan Type: Indemnity

**!** The Summary of Benefits and Coverage (SBC) document will help you choose a health plan. The SBC shows you how you and the plan would share the cost for covered health care services. NOTE: Information about the cost of this plan (called the premium) will be provided separately. This is only a summary. For more information about your coverage, or to get a copy of the complete terms of coverage see [www.lucenthealth.com/cypress](http://www.lucenthealth.com/cypress) or call 1-888-585-3309. For general definitions of common terms, such as [allowed amount](#), [balance billing](#), [coinsurance](#), [copayment](#), [deductible](#), [provider](#), or other [underlined terms](#), see the Glossary. You can view the Glossary at <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> or call 1-888-585-3309 to request a copy.

Important Questions	Answers	Why This Matters:
What is the overall deductible?	\$500 Individual / \$1,000 family	Generally, you must pay all the costs from providers up to the deductible amount before this plan begins to pay. If you have other family members on the plan, each family member must meet their own individual deductible until the total amount of deductible expenses paid by all family members meets the overall family deductible.
Are there services covered before you meet your deductible?	Yes. Preventive Care and Primary Care services are covered before you meet your deductible.	This plan covers some items and services even if you haven't yet met the deductible amount. But a copayment or coinsurance may apply. For example, this plan covers certain preventive services without cost-sharing and before you meet your deductible. See a list of covered preventive services at <a href="https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/">https://www.healthcare.gov/coverage/preventive-care-benefits/</a> .
Are there other deductibles for specific services?	No.	You don't have to meet deductibles for specific services.
What is the out-of-pocket limit for this plan?	\$2,500 Individual / \$5,000 Family	The out-of-pocket limit is the most you could pay in a year for covered services. If you have other family members in this plan, they have to meet their own out-of-pocket limits until the overall family out-of-pocket limit has been met.
What is not included in the out-of-pocket limit?	Premiums, balance-billing charges, and health care this plan doesn't cover.	Even though you may pay these expenses, they don't count toward the out-of-pocket limit.
Will you pay less if you use a network provider?	Not Applicable	This plan does not use a provider network. You can receive covered services from any provider.
Do you need a referral to see a specialist?	No.	You can see the specialist you choose without a referral.

**All copayment and coinsurance costs shown in this chart are after your deductible has been met, if a deductible applies.**

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you visit a health care provider's office or clinic	Primary care visit to treat an injury or illness	\$25 copay/office visit; deductible does not apply	Subject to the Allowable Amount.
	Specialist visit	\$50 copay/office visit; deductible does not apply	Subject to the Allowable Amount.
If you have a test	Preventive care/screening/immunization	No charge; deductible does not apply	Subject to the Allowable Amount. You may have to pay for services that aren't preventive. Ask your provider if the services needed are preventive. Then check what your plan will pay for.
	Diagnostic test (x-ray, blood work)	20% coinsurance, after deductible has been met	Subject to the Allowable Amount.
	Imaging (CT/PET scans, MRIs)	20% coinsurance, after deductible has been met	Preauthorization required. Subject to the Allowable Amount.
	Generic drugs (Tier 1)	Retail: \$10 copayment/30 day supply or \$30 copayment/90 day supply Mail Order: \$20 copayment/90 day supply	Deductible does not apply.
If you need drugs to treat your illness or condition More information about prescription drug coverage is available at <a href="http://www.optumrx.com">www.optumrx.com</a> or call 1-800-334-8134.	Preferred brand drugs (Tier 2)	Retail: 30% coinsurance *member responsibility not to exceed \$100 per script/30 day supply Mail Order: 30% coinsurance *member responsibility not to exceed \$200 maximum per 90 day supply	Subject to the Allowable Amount. Must utilize Optum pharmacy to obtain benefits.
	Non-preferred brand drugs (Tier 3)	Retail: 50% coinsurance *member responsibility not to exceed \$250 per script/30 day supply Mail Order: 50% coinsurance *member responsibility not to exceed or \$500 maximum per 90 day supply	Prescription Drugs recommended by the HRSA or USPSTF will be covered at 100% as required by ACA.
If you have outpatient surgery	Specialty drugs	50% coinsurance *member responsibility not to exceed \$250 per script	Specialty drugs are limited to a 30 day supply.
	Facility fee (e.g., ambulatory surgery center) Physician/surgeon fees	20% coinsurance, after deductible has been met 20% coinsurance, after deductible has been met	Preauthorization required. Subject to the Allowable Amount.

\* For more information about limitations and exceptions, see the plan or policy document at [www.lucenhealth.com/copyress](http://www.lucenhealth.com/copyress).

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you need immediate medical attention	<a href="#">Emergency room care</a>	First visit: \$250 <a href="#">copay</a> /office visit; <a href="#">deductible</a> does not apply All subsequent visits: 20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Deductible</a> does not apply to first ER visit of <a href="#">Plan Year</a> . Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
	<a href="#">Emergency medical transportation</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
	<a href="#">Urgent care</a>	\$50 <a href="#">copay</a> /office visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
If you have a hospital stay	Facility fee (e.g., hospital room)	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
	Physician/surgeon fees	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	
If you need mental health, behavioral health, or substance abuse services	Outpatient services	Office: \$25 <a href="#">copay</a> /office visit; <a href="#">deductible</a> does not apply All other outpatient: 20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
	Inpatient services	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
If you are pregnant	Office visits	Initial consultation for maternity diagnosis; \$25 <a href="#">copay</a> /office visit; <a href="#">deductible</a> does not apply Routine follow-up visits; 20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> . <a href="#">Cost sharing</a> does not apply to certain <a href="#">preventive services</a> . Depending on the type of services, <a href="#">coinsurance</a> may apply. Maternity care may include tests and services described elsewhere in the SBC (i.e. ultrasound). <a href="#">Preauthorization</a> is required for vaginal deliveries requiring more than a 48 hour stay and for cesarean section deliveries requiring more than a 96 hour stay.
	Childbirth/delivery professional services	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	
	Childbirth/delivery facility services	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	

\* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at [www.lucenthealth.com/coverage](http://www.lucenthealth.com/coverage).

Common Medical Event	Services You May Need	What You Will Pay	Limitations, Exceptions, & Other Important Information
If you need help recovering or have other special health needs	<a href="#">Home health care</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
	<a href="#">Rehabilitation services</a>	\$50 <a href="#">copay</a> /office visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	<a href="#">Preauthorization</a> required after 6 visits. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> . Physical, Speech and Occupational Therapy limited to 30 visits combined per Plan Year.
	<a href="#">Habilitation services</a>	\$50 <a href="#">copay</a> /office visit; <a href="#">deductible</a> does not apply	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> . Limited to 60 days per Plan Year
	<a href="#">Skilled nursing care</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
	<a href="#">Durable medical equipment</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
	<a href="#">Hospice services</a>	20% <a href="#">coinsurance</a> , after <a href="#">deductible</a> has been met	<a href="#">Preauthorization</a> required. Subject to the <a href="#">Allowable Amount</a> .
If your child needs dental or eye care	Children's eye exam	No charge, <a href="#">deductible</a> does not apply	Routine screenings covered as defined under the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010.
	Children's glasses	Not Covered	Not Covered
	Children's dental check-up	Not Covered	Routine screenings covered as defined under the Patient Protection and Affordable Care Act of 2010.

Excluded Services & Other Covered Services:

Services Your <a href="#">Plan</a> Generally Does NOT Cover (Check your policy or <a href="#">plan</a> document for more information and a list of any other <a href="#">excluded services</a> .)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cosmetic Surgery</li> <li>• Dental care (adult)</li> </ul>

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <a href="#">plan</a> document.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Long-term care</li> <li>• Non-emergency care when traveling outside the U.S.</li> <li>• Routine foot care</li> <li>• Weight loss programs</li> </ul>

Other Covered Services (Limitations may apply to these services. This isn't a complete list. Please see your <a href="#">plan</a> document.)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acupuncture</li> <li>• Bariatric Surgery</li> <li>• Chiropractic Care</li> <li>• Hearing Aids</li> <li>• Infertility Treatment</li> <li>• Private Duty Nursing</li> <li>• Routine eye care</li> </ul>

\* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at [www.lucenhealth.com/cypress](http://www.lucenhealth.com/cypress).

**Your Rights to Continue Coverage:** There are agencies that can help if you want to continue your coverage after it ends. The contact information for those agencies is: Department of Labor's Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Department of Health and Human Services, Center for Consumer Information and Insurance Oversight, at 1-877-267-2323 x61565 or [www.cciio.cms.gov](http://www.cciio.cms.gov). Other coverage options may be available to you, too, including buying individual insurance coverage through the [Health Insurance Marketplace](#). For more information about the [Marketplace](#), visit [www.HealthCare.gov](http://www.HealthCare.gov) or call 1-800-318-2596.

**Your Grievance and Appeals Rights:** There are agencies that can help if you have a complaint against your [plan](#) for a denial of a [claim](#). This complaint is called a [grievance](#) or [appeal](#). For more information about your rights, look at the explanation of benefits you will receive for that medical [claim](#). Your [plan](#) documents also provide complete information on how to submit a [claim](#), [appeal](#), or a [grievance](#) for any reason to your [plan](#). For more information about your rights, this notice, or assistance, contact the [plan](#) at Atlantic Corporation of Wilmington, Inc. Health Plan c/o Lucent Health Solutions, LLC at PO Box 7020 Appleton, WI 54912-7020 or call 1-877-236-0844. You may also contact the U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration at 1-866-444-EBSA (3272) or [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Additionally, a consumer assistance program can help you file your appeal. A list of states with Consumer Assistance Programs is available at: [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform) and <http://www.cms.gov/CCIOPResources/Consumer-Assistance-Grants>.

**Does this plan provide Minimum Essential Coverage? Yes**

[Minimum Essential Coverage](#) generally includes [plans](#), [health insurance](#) available through the [Marketplace](#) or other individual market policies, Medicare, Medicaid, CHIP, TRICARE, and certain other coverage. If you are eligible for certain types of [Minimum Essential Coverage](#), you may not be eligible for the [premium tax credit](#).

**Does this plan meet the Minimum Value Standards? Yes**

If your [plan](#) doesn't meet the [Minimum Value Standards](#), you may be eligible for a [premium tax credit](#) to help you pay for a [plan](#) through the [Marketplace](#).

**Language Access Services:**

[Spanish (Español): Para obtener asistencia en Español, llame al 1-877-236-0844

[Tagalog (Tagalog): Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-877-236-0844

[Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-877-236-0844

[Navajo (Dine): Dine'ehgo shika at'ohwol niniisingo, kwijigo holne' 1-877-236-0844

*To see examples of how this [plan](#) might cover costs for a sample medical situation, see the next section.*

**PRA Disclosure Statement:** According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless it displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is **0938-1146**. The time required to complete this information collection is estimated to average **0.08** hours per response, including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C-4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

\* For more information about limitations and exceptions, see the [plan](#) or policy document at [www.lucenthealth.com/cypress](http://www.lucenthealth.com/cypress).

About these Coverage Examples:



**This is not a cost estimator.** Treatments shown are just examples of how this [plan](#) might cover medical care. Your actual costs will be different depending on the actual care you receive, the prices your [providers](#) charge, and many other factors. Focus on the [cost-sharing](#) amounts ([deductibles](#), [copayments](#) and [coinsurance](#)) and [excluded services](#) under the [plan](#). Use this information to compare the portion of costs you might pay under different health [plans](#). Please note these coverage examples are based on self-only coverage.

### Peg is Having a Baby

(9 months of in-network pre-natal care and a hospital delivery)

- The [plan's overall deductible](#) \$500
- [Specialist copayment](#) \$50
- [Hospital \(facility\) coinsurance](#) 20%
- [Other coinsurance](#) 20%

This **EXAMPLE** event includes services like:

[Specialist](#) office visits (*prenatal care*)  
 Childbirth/Delivery Professional Services  
 Childbirth/Delivery Facility Services  
[Diagnostic tests](#) (*ultrasounds and blood work*)  
[Specialist](#) visit (*anesthesia*)

**Total Example Cost** \$12,700

In this example, Peg would pay:

Cost Sharing	
<a href="#">Deductibles</a>	\$500
<a href="#">Copayments</a>	\$0
<a href="#">Coinsurance</a>	\$2,000
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$60
<b>The total Peg would pay is</b>	<b>\$2,560</b>

### Managing Joe's Type 2 Diabetes

(a year of routine in-network care of a well-controlled condition)

- The [plan's overall deductible](#) \$500
- [Specialist copayment](#) \$50
- [Hospital \(facility\) coinsurance](#) 20%
- [Other coinsurance](#) 20%

This **EXAMPLE** event includes services like:

[Primary care physician](#) office visits (*including disease education*)  
[Diagnostic tests](#) (*blood work*)  
[Prescription drugs](#)  
[Durable medical equipment](#) (*glucose meter*)

**Total Example Cost** \$5,600

In this example, Joe would pay:

Cost Sharing	
<a href="#">Deductibles</a>	\$500
<a href="#">Copayments</a>	\$400
<a href="#">Coinsurance</a>	\$1,000
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$20
<b>The total Joe would pay is</b>	<b>\$1,920</b>

### Mia's Simple Fracture

(in-network emergency room visit and follow up care)

- The [plan's overall deductible](#) \$500
- [Specialist copayment](#) \$50
- [Hospital \(facility\) coinsurance](#) 20%
- [Other coinsurance](#) 20%

This **EXAMPLE** event includes services like:

[Emergency room care](#) (*including medical supplies*)  
[Diagnostic test](#) (*x-ray*)  
[Durable medical equipment](#) (*crutches*)  
[Rehabilitation services](#) (*physical therapy*)

**Total Example Cost** \$2,800

In this example, Mia would pay:

Cost Sharing	
<a href="#">Deductibles</a>	\$500
<a href="#">Copayments</a>	\$600
<a href="#">Coinsurance</a>	\$200
What isn't covered	
Limits or exclusions	\$0
<b>The total Mia would pay is</b>	<b>\$1,300</b>

The [plan](#) would be responsible for the other costs of these **EXAMPLE** covered services.



Este folleto resume los planes de beneficios que están 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 beneficios. Estos documentos rigen su programa de beneficios. Si hay algún 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 es garantía de beneficios.