



***ATECH***  
Logistics & Distribution

# 2025 Manual de Beneficios del Empleado





## Tabla de Contenido

Seguro Médico	3-7
Dental y Seguro de Vida/AD&D	8
Visión	9
Información de cuenta de ahorro de salud	10-11
401(k) Información	12
Costos de Empleados	13
Programa de Asistencia al Empleado (EAP)	14
Instrucciones de inscripción en línea de UltiPro	15
Políticas de Elegibilidad e Información COBRA	16
Información de Contacto	17
Avisos Anuales	18-28

## Consejos Útiles

1. Si usted tiene una pregunta o problema con las reclamaciones, por favor póngase en contacto con su compañía proveedora. Si usted no recibe una resolución de su proveedora, por favor póngase en contacto con la agencia de George Petersen llamando al 707-525-4150 y pregunte por un representante del Departamento de Beneficios para los Empleados. Por favor, asegúrese de anotar con la persona que habló en su proveedor.
2. Para recibir el máximo beneficio de su plan, asegúrese de usar un proveedor adentro de la red. Usted puede obtener información sobre los proveedores en cada uno de los sitios de Internet de sus proveedores.
3. Recuerde actualizar a las oficinas de sus proveedores con las información actual de su plan médico y dental de sus proveedores. Dele la copia más actual de su tarjeta de identificación.
4. Guarde copias de sus facturas y Explicación de Beneficios (EOB) por todos los servicios en caso de que haya una pregunta.
5. Recuerde a su médico de la compañía médica proveedora en la que está inscrito así él/ella puede prescribir las recetas correctas y/o mandarlo a las instalaciones correctas con el fin de recibir el mejor valor de su plan.

# Seguro Médico: Cigna \$1,000 PPO

	EN RED	AFUERA DE LA RED
<b>Deducible Individual</b>	\$1,000	\$2,000
<b>Deducible Familia</b>	\$2,000 encajado*	\$4,000 encajado*
<b>Máximo gasto anual de bolsillo para Individual (incluyendo deducible)</b>	\$4,950	\$9,900
<b>Máximo gasto anual de bolsillo para Familia (incluyendo deducible)</b>	\$9,900 encajado*	\$19,800 encajado*
<b>Hospital Internado</b>	\$100 por admite + 20% después del deducible	40% por admit después del deducible
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	20% por procedimiento después del deducible	40% por procedimiento después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>	\$100 por visita + 20% después del deducible	\$100 por visita + 20% después del deducible
<b>Atención de Urgencias</b>	\$30 por visita	40% por visita después del deducible
<b>Atención Preventiva</b>	Sin cargo, sin deducible	40% después del deducible
<b>Visitas al consultorio del medico y de especialista</b>	\$30 PCP / \$40 Especialista por visita, sin deducible	40% por visita después del deducible
<b>Laboratorios y Radiografías</b>	20% por procedimiento después del deducible	40% por procedimiento después del deducible
<b>Medicamentos Genéricos</b>	\$10 (por suministro de 30 días) después Rx deducible	Descubierto
<b>Medicamentos de Marca no Pertencientes al Formulario</b>	\$30 (por suministro de 30 días) después Rx deducible	Descubierto
<b>Medicamentos de Marca no Pertencientes al Formulario</b>	\$50 (por suministro de 30 días) después Rx deducible	Descubierto
<b>Prescripción Deducible</b>	\$100/individuo; \$300/familia	NA

\*Encajado - cada miembro de familia hace elegible para el copago después de resolver sus deducible.

# Seguro Médico: Cigna \$4,500 EPO

	EN RED	AFUERA DE LA RED
<b>Deducible Individual</b>	\$4,500	Descubierto
<b>Deducible Familia</b>	\$9,000 encajado*	Descubierto
<b>Máximo gasto anual de bolsillo para Individual (incluyendo deducible)</b>	\$6,500	Descubierto
<b>Máximo gasto anual de bolsillo para Familia (incluyendo deducible)</b>	\$13,000 encajado*	Descubierto
<b>Hospital Internado</b>	30% por admite después del deducible	Descubierto
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	30% por procedimiento después del deducible	Descubierto
<b>Servicios de Emergencia</b>	30% por visita después del deducible	Descubierto
<b>Atención de Urgencias</b>	\$50 por visita	Descubierto
<b>Atención Preventiva</b>	Sin cargo, sin deducible	Descubierto
<b>Visitas al consultorio del medico y de especialista</b>	\$30 PCP / \$40 Especialista por visita, sin deducible	Descubierto
<b>Laboratorios y Radiografías</b>	30% por procedimiento después del deducible	Descubierto
<b>Medicamentos Genéricos</b>	\$15 (por suministro de 30 días)	Descubierto
<b>Medicamentos de Marca no Pertencientes al Formulario</b>	\$30 (por suministro de 30 días)	Descubierto
<b>Medicamentos de Marca no Pertencientes al Formulario</b>	\$60 (por suministro de 30 días)	Descubierto
<b>Prescripción Deducible</b>	Ninguno	Descubierto

\*Encajado - cada miembro de familia hace elegible para el copago después de resolver sus deducible.

# Seguro Médico: Cigna \$6,900 HSA

	EN RED	AFUERA DE LA RED
<b>Deducible Individual</b>	\$6,900	\$13,800
<b>Deducible Familia</b>	\$13,800 encajado*	\$27,600 encajado*
<b>Máximo gasto anual de bolsillo para Individual (incluyendo deducible)</b>	\$6,900	\$17,800
<b>Máximo gasto anual de bolsillo para Familia (incluyendo deducible)</b>	\$13,800 encajado*	\$35,600 encajado*
<b>Hospital Internado</b>	Cubierto al 100% después del deducible	50% por admit después del deducible
<b>Cirugía Ambulatoria</b>	Cubierto al 100% después del deducible	50% por procedimiento después del deducible
<b>Servicios de Emergencia</b>	Cubierto al 100% después del deducible	Cubierto al 100% después del deducible
<b>Atención de Urgencias</b>	Cubierto al 100% después del deducible	20% por viaje después del deducible
<b>Atención Preventiva</b>	Sin cargo, sin deducible	50% por visita después del deducible
<b>Visitas al consultorio del medico y de especialista</b>	Cubierto al 100% después del deducible	50% por visita después del deducible
<b>Laboratorios y Radiografías</b>	Cubierto al 100% después del deducible	50% por procedimiento después del deducible
<b>Medicamentos Genéricos</b>	\$7 (por suministro de 30 días) después del deducible	Descubierto
<b>Medicamentos de Marca no Pertencientes al Formulario</b>	\$25 (por suministro de 30 días) después del deducible	Descubierto
<b>Medicamentos de Marca no Pertencientes al Formulario</b>	\$45 (por suministro de 30 días) después del deducible	Descubierto
<b>Prescripción Deducible</b>	Se aplica el deducible médico	NA

\*Encajado - cada miembro de familia hace elegible para el copago después de resolver sus deducible.

# Seguro Médico:

## Kaiser Permanente - Sólo California

### \$2,500 DHMO

Deducible Individual	\$,2500
Deducible Familia	\$5,000 encajado*
Máximo gasto anual de bolsillo para Individual (incluyendo deducible)	\$5,000
Máximo gasto anual de bolsillo para Familia (incluyendo deducible)	\$10,000 encajado*
Hospital Internado	30% por admite después del deducible
Cirugía Ambulatoria	30% por procedimiento después del deducible
Servicios de Emergencia	30% por visita después del deducible
Atención de Urgencias	\$40 por visita, sin deducible
Atención Preventiva	Sin cargo, sin deducible
Visitas al consultorio del medico y de especialista	\$40 PCP / \$40 Especialista por visita, sin deducible
Laboratorios y Radiografías	\$10 por procedimiento después del deducible
Medicamentos Genéricos	\$10 (por suministro de 30 días)
Medicamentos de Marca no Perteneientes al Formulario	\$30 (por suministro de 30 días)
Medicamentos de Marca no Perteneientes al Formulario	Precio al por mayor de Kaiser
Prescripción Deducible	Ninguno

\*Encajado - cada miembro de familia hace elegible para el copago después de resolver sus deducible.

# Seguro Médico: Kaiser Permanente – Sólo California \$4,500 HSA

Deducible Individual	\$4,500
Deducible Familia	\$9,000 encajado*
Máximo gasto anual de bolsillo para Individual (incluyendo deducible)	\$6,250
Máximo gasto anual de bolsillo para Familia (incluyendo deducible)	\$12,500 encajado*
Hospital Internado	40% por admite después del deducible
Cirugía Ambulatoria	40% por procedimiento después del deducible
Servicios de Emergencia	\$250 por visita después del deducible
Atención de Urgencias	\$40 por visita después del deducible
Atención Preventiva	Sin cargo, sin deducible
Visitas al consultorio del medico y de especialista	\$40 PCP / \$40 Especialista por visita, sin deducible
Laboratorios y Radiografías	40% por procedimiento después del deducible
Medicamentos Genéricos	\$15 (por suministro de 30 días) después del deducible
Medicamentos de Marca no Perteneientes al Formulario	\$35 (por suministro de 30 días) después del deducible
Medicamentos de Marca no Perteneientes al Formulario	Precio al por mayor de Kaiser
Prescripción Deducible	Se aplica el deducible médico

\*Encajado - cada miembro de familia hace elegible para el copago después de resolver sus deducible.

# Dental y Seguro de Vida :

## Dental: Cigna

	EN RED	AFUERA DE LA RED
Maximo por Año Calendario	\$1,000	\$1,000
Deducible Individual	\$50	\$50
Deducible Familia	\$150	\$150
¿Deducible cancelado por Prevención?	Si	Si
Servicios Preventivos <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 servicios cada 12 meses</li> <li>• Radiografías de ala de mordida</li> <li>• Fluoruro (solo niños)</li> <li>• Radiografía de mes completo</li> </ul>	100%	100%
Servicios Basicos <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selladores (solo niños)</li> <li>• Periodoncia</li> <li>• Endodoncia</li> <li>• Rellenos</li> <li>• Extracciones</li> </ul>	80%	80%
Servicios Major <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puentes</li> <li>• Coronas fundidas, onlays, inlays</li> <li>• Dentadura postiza</li> </ul>	50%	50%
Ortodoncia de Niños	50% hasta \$1,000 de por vida por niño	

## Seguro de Vida/AD&D: New York Life

Beneficio:	\$25,000 por empleado
Reducción de Beneficios:	50% de beneficio a los 75 Años

# Visión: Cigna-EyeMed

## Visión: Cigna/EyeMed

	EN RED	AFUERA DE LA RED
Examen de la Vista	\$10 copago; cada 12 meses	\$45 tolerancia; cada 12 meses
Armazóns	\$0 copago \$130 subsidio + 20% de descuento del saldo en exceso del subsidio 20% de saldo; cada 24 meses	\$71 tolerancia
Lentes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión simple,</li> <li>• bifocal,</li> <li>• Trifocal/lenticular</li> </ul>	\$10 copago; cada 12 meses	Hasta \$32 Hasta \$55 Hasta \$65/\$80 Hasta
Contactos Electivos	\$0 copago, \$130 subsidio + 15% de descuento del saldo en exceso del subsidio; cada 12 meses	Convencional:Hasta \$105 Desechables: \$105
Contactos Necesarios	\$0 copago; cada 12 meses	Hasta \$210



## Información de la cuenta de ahorro de salud

Cuenta HSA de Optum Bank

Debe estar inscrito en un plan de salud de alto deducible (HDHP) calificado de HSA en su propio nombre para abrir o contribuir a una cuenta de ahorro de salud (HSA) en su propio nombre. Los planes calificados de HSA de Atech son el Plan Cigna \$ 6,900 y el Plan Kaiser \$ 4,500.

Atech utiliza Optum Bank como nuestro proveedor de HSA para administrar el programa HSA.

([www.optumbank.com](http://www.optumbank.com))

El dinero que ahorra en primas puede depositarse en su HSA. El dinero en su HSA es completamente suyo. Como es su dinero, también se queda con usted cuando cambia de trabajo.

Usted está a cargo de los fondos de su HSA, haciendo que a usted y a su médico el tomadores de decisiones. Gastar su propio dinero también significa que probable que preguntará más sobre el costo de sus gastos de atención médica, lo que ayudará a introducir la competencia del mercado en el mundo de la atención médica.

No hay límite en cuanto a cuándo puede reembolsarse sus gastos de atención médica; solo necesita mantener recibos y registros legibles en caso de que se reembolse a sí mismo o si el IRS lo audita.

Usted decide si y cuánto gastar de la cuenta HSA para sus gastos médicos; ya sea para gastar de su bolsillo o para ahorrar dinero de la HSA para el futuro. Al igual que un 401 (k), las ganancias que se acumulan libres de impuestos durante varios años tienen el potencial de crecer exponencialmente en un ahorro suplementario para la jubilación. Después de los 65 años (o si está discapacitado), los fondos se pueden retirar para gastos no calificados sin estar sujetos a la multa del 20%, pero aún se aplican los impuestos ordinarios sobre la renta.

El beneficio fiscal de dicha contribución lo obtiene la persona que recibe la contribución, no la persona que realiza la contribución.

La publicación 502 del IRS proporciona una lista de los gastos de HSA más permitidos. Esta lista está en la página 11 de este folleto.

### **Límites de contribución HSA 2025:**

Individual: \$4,300

Familia: \$8,550

Ponerse al día: \$ 1,000 adicionales por persona de 55 años o más

### Gastos Médicos Elegibles Código Sección 213(d) de la IRS

Un gasto elegible se define como los gastos pagados por el cuidado como se describe en la Sección 213 (d) del Código de Rentas Internas. A continuación se presentan dos listas que pueden ayudar a determinar si un gasto es elegible. Para obtener información más detallada, por favor consulte la **Publicación 502 de la IRS** titulada, "Gastos Médicos y Dentales". Si se requiere el asesoramiento de impuestos, usted debe buscar los servicios de un profesional competente.

#### Gastos Médicos Deducibles

- Soportes abdominales
- Aborto
- Acupuntura
- Aire acondicionado (cuando sea necesario para el alivio de la dificultad en respiración)
- Tratamiento de Alcoholismo
- Ambulancia
- Anestesiista
- Soportes de arco
- Los miembros artificiales
- Silla motorizada (cuando se utiliza para el alivio de enfermedad / discapacidad)
- Pastillas anticonceptivas (con receta médica)
- Análisis de sangre
- Transfusiones de sangre
- Tirantes
- Cardiógrafos
- Quiropráctico
- Orador de Ciencia Cristiana
- Lentes de contacto
- Dispositivos anticonceptivos (Con receta médica)
- Casa de convalecencia (Sólo para tratamiento médico)
- Muletas
- Tratamiento Dental
- Las radiografías dentales
- Prótesis dentales
- Dermatólogo
- Honorarios de diagnóstico
- Diatermia
- La terapia de adicción a las drogas
- Los medicamentos (con receta)
- Calcetería Elástica (prescripción)
- Anteojos
- Los honorarios pagados a instituto de salud prescritos por un médico
- Impuesto FICA y FUTA pagado por servicio de atención médica
- Unidad de Fluoración
- Perro guía
- Tratamiento de encías
- Ginecólogo
- Servicios de Curación
- Audífonos y sus pilas
- Las facturas del hospital
- Hidroterapia
- El tratamiento con insulina
- Las pruebas de laboratorio
- Eliminación de pintura con plomo
- Honorarios de abogados
- Otros (fuera de casa por atención ambulatoria)
- Pruebas del metabolismo
- Neurólogo
- Enfermería (incluyendo tablero y las comidas)
- Obstetra
- Costos de quirófano
- Oftalmólogo
- Óptica
- Optometrista
- Cirugía Oral
- Trasplante de órganos (incluyendo gastos de donantes)
- Zapatos ortopédicos
- Ortopedista
- Osteópata
- El oxígeno y el equipo de oxígeno
- Pediatra
- Médico
- Fisioterapeuta
- Podólogo
- Tratamientos postnatales
- Enfermera práctica para servicios médicos
- El cuidado prenatal
- Medicamentos recetados
- Psiquiatra
- Psicoanalista
- Psicólogo
- Psicoterapia
- Terapia Radian
- Enfermera
- Los costos escolares especiales para los discapacitados
- analizar el líquido cefalorraquídeo
- Férulas
- Esterilización
- Cirujano
- Teléfono o equipo de televisión para asistir con los problemas de audiencia
- Equipo de Terapia
- Los gastos de transporte (En relación con el cuidado de la salud)
- Tratamiento de rayos ultra-violeta
- Vacunas
- Vasectomía
- Vitaminas (si está prescrita)
- Silla de ruedas
- Rayos X

#### Medicamentos de Venta Libre Elegibles (Requiere un receta del médico)

- Los antiácidos
- Medicamentos para la alergia
- Analgésicos
- Medicinas para el resfriado
- Medicamentos para la diarrea
- Pastillas para la tos y pastillas para la garganta
- Sinus Medicamentos y aerosoles nasales
- Los medicamentos de nicotina y aerosoles nasales
- Predialita
- Las cremas de primeros auxilios
- La loción de calamina
- Medicamentos de eliminación de verrugas
- Los ungüentos antibióticos
- Los supositorios y cremas para hemorroides
- Las pastillas para dormir
- Las pastillas para el mareo

#### Gastos Médicos No Deducibles

- El pago adelanto de servicios a ser prestados el siguiente año
- La membresía en el Club Atlético
- El seguro de automóvil cuya prima es asignable a cobertura médica
- Los gastos de transporte escolar
- Agua embotellada
- Los gastos de un automóvil para transporte a una persona con discapacidad
- Cirugía y procedimientos estéticos
- Cosméticos, productos de higiene y artículos similares
- Gastos funerarios, de cremación o entierro
- Los programas de salud que ofrecen los hoteles, clubes de salud, y gimnasios
- Las operaciones ilegales y tratamientos
- Medicamentos adquiridos ilegalmente
- Ropa de maternidad
- Los medicamentos sin receta
- Las primas de seguros de vida, protección de los ingresos por incapacidad, pérdida de extremidades, la vista o beneficios similares
- Asesoramiento de Cientología
- Actividades sociales
- Los alimentos especiales y bebidas
- Coche especialmente diseñado para las personas inválidas que no sea un Autoette o equipo especial
- Los programas para dejar de fumar
- Piscina
- Viajes para mejora general de la salud
- La matrícula y los gastos de viaje de un niño con problemas para atender a una escuela en particular
- Los programas de pérdida de peso

#### Medicamentos de Venta Libre No Elegibles

- Artículos de tocador (incluso pasta de dientes)
- Los tratamientos del acné
- Bálsamo labial (incluyendo Chapstick o Carmex)
- Cosméticos (incluyendo crema facial y una crema hidratante)
- Loción del bronceado
- Champús y jabones medicados
- Vitaminas (para todos los días)
- Los suplementos de fibra
- Suplementos dietéticos
- Medicamentos para bajar de peso para el bienestar general
- Hierbas



## Información 401(k) – Vanguard

### Inscripción en línea en un instante

Su sitio web de Vanguard Retirement es una herramienta conveniente de 24 horas que le permite inscribirse en su plan de jubilación y administrar fácilmente su cuenta. Los beneficios de la inscripción en línea son claros:

- Proporciona facilidad de uso con un formato y navegación fáciles de usar.
- Le permite inscribirse a la hora del día que sea conveniente para usted
- Realiza un seguimiento del progreso si necesita completar la inscripción en varias sesiones
- Le permite tomar decisiones informadas con fácil acceso a los puntos destacados del plan, información sobre fondos y opciones de elección.
- Permite la comunicación electrónica oportuna a su empleador para el procesamiento de la nómina

### Cómo registrarse y acceder al sitio web del participante por primera vez:

Vaya a <https://my.vanguardplan.com>. Seleccione "Registrarse aquí" en la página de inicio y haga clic en el enlace "Registrarme ahora".

1. Ingrese su SSN, fecha de Nacimiento y código postal
2. Cree un ID de usuario web válido de 8-15 caracteres de longitud, que consta de letras y números solamente
3. Elija una pregunta de seguridad de las opciones proporcionadas y proporcione una respuesta
4. Ingrese su dirección de correo electrónico
5. Seleccione una imagen de seguridad e ingrese una frase de seguridad. Esto ayudará a protegerlo a usted y a su información personal.
6. Cree una contraseña segura única de 8-25 caracteres de longitud. Por razones de seguridad, su contraseña debe contener al menos tres de los siguientes:
  - Letra mayúscula
  - Letra minúscula
  - Número
  - Símbolo
7. Haga clic y "Enviar". Se enviará un correo electrónico de confirmación a la dirección de correo electrónico que proporcione.

## Cómo inscribirse en el plan de jubilación de su empresa

Cuando inicie sesión en el sitio web del participante, podrá inscribirse en su plan. La inscripción es un proceso fácil de seis pasos. Para comenzar, haga clic en "Comenzar la inscripción".

## Consejos útiles

A medida que finalice cada paso, "Estado" cambiará de "No completado" a "Completado". Puede regresar y revisar el

pasos completados en cualquier momento antes de finalizar la inscripción en línea.

La información estará disponible para usted en la parte inferior de la pantalla de **Inscripción** sobre el estado de tener acceso completo a Vanguard Retirement Website.



## Costos del plan médico del empleado – 1 de enero de 2025 al 31 de diciembre de 2025

Médico Plans					
Cigna \$6,900 HSA Plan			Kaiser HSA – California Only		
	Tarifas Mensuales	Por cheque		Tarifas Mensuales	Por cheque
Empleado Solamente	\$130.00	\$65.00	Empleado Solamente	\$130.00	\$65.00
Empleado y Cónyuge	\$700.46	\$350.23	Empleado y Cónyuge	\$537.54	\$268.77
Empleado y Niños	\$442.88	\$221.44	Empleado y Niños	\$442.70	\$221.35
Empleado y Familia	\$1,030.20	\$515.10	Empleado y Familia	\$872.80	\$436.40
Cigna \$4,500 EPO			Kaiser HMO – California Only		
	Tarifas Mensuales	Por cheque		Tarifas Mensuales	Por cheque
Empleado Solamente	\$216.24	\$108.12	Empleado Solamente	\$235.62	\$117.81
Empleado y Cónyuge	\$860.46	\$430.23	Empleado y Cónyuge	\$730.18	\$365.09
Empleado y Niños	\$563.56	\$281.78	Empleado y Niños	\$611.70	\$305.85
Empleado y Familia	\$1,240.58	\$620.29	Empleado y Familia	\$1,149.14	\$574.57
Cigna \$1000 PPO					
	Tarifas Mensuales	Por cheque			
Empleado Solamente	\$323.74	\$161.87			
Empleado y Cónyuge	\$1,059.98	\$529.99			
Empleado y Niños	\$714.10	\$357.05			
Empleado y Familia	\$1,502.92	751.46			
DENTAL			VISION		
	Tarifas Mensuales	Por cheque		Tarifas Mensuales	Por cheque
Empleado Solamente	\$19.48	\$9.74	Empleado Solamente	\$6.94	\$3.47
Empleado y Cónyuge	\$51.22	\$25.61	Empleado y Cónyuge	\$13.88	\$6.94
Empleado y Niños	\$64.08	\$32.04	Empleado y Niños	\$14.02	\$7.01
Empleado y Familia	\$97.34	\$48.67	Empleado y Familia	\$22.38	\$11.19



## Programa de Asistencia al Empleado (EAP)

Un Programa de Asistencia al Empleado (EAP) está disponible para todos los empleados y todos los dependientes que viven en el hogar del empleado de Atech Logistics. Este programa es proporcionado por New York Life.

Cuando usted tiene preguntas, preocupaciones o problemas emocionales que rodean su vida, que sea personal o de trabajo, hay recursos que pueden ayudarle. A través de su EAP, usted tiene acceso CONFIDENCIAL ilimitado a consultores por teléfono, recursos y herramientas en línea y hasta tres visitas cara a cara con los consejeros para ayudar con un problema a corto plazo. Usted y sus dependientes son elegibles para:

- Asistencia gratuita y confidencial con el estrés, la ansiedad, la depresión, el dolor, dificultades matrimoniales, dejar el tabaco, el alcohol o el consumo de drogas, los problemas financieros y legales y más
- Número ilimitado de consultas telefónicas con los profesionales de salud mental con licencia de EAP y otros consejeros
- **Visitas de asesoramiento hasta tres veces cara a cara**
- Información detallada sobre recursos locales para el cuidado de los niños y de los ancianos
- Derivaciones a recursos de la comunidad
- Numero gratuito 24 horas, 7 días a la semana

**1-800-344-9752**

**Sitio Web: [guidanceresources.com](http://guidanceresources.com), Web ID: NYLGBS**



## UltiPro – Instrucciones de inicio de sesión de inscripción de beneficios en línea

*Para inscribirse o cambiar sus elecciones de beneficios, deberá pasar por el sistema en línea UltiPro*

### **Instrucciones para configurar / acceder a sus beneficios personales:**

Vaya a la URL de este sitio web: <https://ew33.ultipro.com> O visite el sitio web de la empresa [www.atechlogistics.com/employees](http://www.atechlogistics.com/employees) y en Enlaces útiles haga clic en "UltiPro".

**Nombre de usuario:** Atech + Número de empleado de 4 dígitos

**Contraseña:** fecha de Nacimiento (MMDDYYYY) *no incluya guiones*

### **Cambiando tu contraseña:**

Después de su primer inicio de sesión, deberá cambiar su contraseña. Recuerde esta contraseña, ya que será necesaria para acceder al sistema.

- **Contraseña actual:** fecha de nacimiento
- **Nueva contraseña:** siga las instrucciones en pantalla para las especificaciones de contraseña
- **Confirmar contraseña:** vuelva a ingresar la nueva contraseña

### **Preguntas de desafío**

Una vez que cambie su contraseña, se le pedirá que seleccione y responda las preguntas de desafío:

### **Validación de la información del Sistema:**

Una vez que obtenga acceso al sistema, es importante confirmar la siguiente información:

- Información de depósito directo
- Información de contacto: dependientes, beneficiarios y contactos de emergencia
- Permisos de retención W4
- Datos del Domicilio

### **Inscripción de beneficios de nuevas contrataciones:**

Es muy importante que los nuevos empleados elijan sus opciones de beneficios. Incluso si no desea inscribirse en los beneficios, debe pasar por este proceso para inscribirse en el seguro de vida proporcionado por el empleador

- Desplácese sobre "Yo" y seleccione "Eventos de la vida"
- Haga clic en "Soy un nuevo empleado" y siga los pasos para completar el registro.
- Si tiene alguna pregunta sobre la inscripción en línea, puede comunicarse con su gerente o Michelle Feeney en el Departamento de Recursos Humanos de Atech al 707-755-3113 o enviar un correo electrónico a [mfeeney@atechlogistics.com](mailto:mfeeney@atechlogistics.com)



## Políticas de Elegibilidad

Los empleados de tiempo completo que trabajan por lo menos 30 horas por semana son elegibles para todos los beneficios

Para los empleados elegibles, la fecha de vigencia será el primero del mes después de 60 días después de la fecha de contratación

Los dependientes elegibles incluyen a los cónyuges ya los hijos dependientes de su o de su cónyuge hasta los 26 años

### Adiciones en Periodos Que No Están Abiertos

- La Inscripción Abierta es la única vez en que se puede añadir a sí mismo o a sus dependientes elegibles a menos que:
  - Usted tiene un evento que califica (matrimonio, nacimiento, adopción, etc.)
  - Se pasa de tiempo parcial a tiempo completo
  - Usted pierde la cobertura del plan de grupo de su cónyuge
  - Su hijo se convierte en un dependiente sobrecargado

Tendrá 30 días a partir de la fecha del evento calificativo para agregarse a usted mismo o dependientes elegibles, de lo contrario, tendrá que esperar hasta el próximo período de inscripción abierta.

## Información de Cobertura de COBRA

De acuerdo con la ley federal, todos los empleados y sus familias que han perdido su cobertura médica bajo ciertas circunstancias usted tendrá la opción de comprar una continuación de sus beneficios por lo menos durante 18 o 36 meses, dependiendo del evento que califica a tarifas de grupo, más un 2% para administración de COBRA. Esta opción estará disponible para usted cuando usted, su esposa/o sus hijos dependientes, pierdan la cobertura médica como resultado de un "evento que califica" (reducción de las horas de trabajo, despido, terminación, el divorcio, la muerte, la sobre-edad infantil). Cada beneficiario calificado tendrá un máximo de 60 días para elegir la cobertura de continuación a COBRA. El periodo de elección de 60 días se mide del que sea más tarde, a partir de la fecha en que se pierde la cobertura de grupo por el hecho ocurrido o desde la fecha de la notificación del evento eliminatorio de COBRA.

### Sus Obligaciones:

Usted, su esposa/o sus hijos de más años de edad debe notificar a Atech Logistics dentro de los 60 días a partir de la fecha del "evento que califica." Usted será notificado en ese momento de sus derechos completos de COBRA, los beneficios y las tarifas. Si usted notifica a su empleador después del plazo de 60 días, usted no será elegible para los beneficios de COBRA.



## Información para Contactar a la Compañía de Seguros

### **Seguro Médico: Cigna**

# De Grupo 628195  
Servicios a Miembros/Reclamos 1-866-494-2111  
Sito de Internet [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com)

### **Seguro Médico: Kaiser Permanente**

# De Grupo No. CA – 604602; So.CA - 232293  
Servicios a Miembros/Reclamos 1-800-464-4000  
Sito de Internet [www.kp.org](http://www.kp.org)

### **Seguro Dental y Visión: Cigna/Cigna-EyeMed**

# De Grupo 628195  
Servicios a Miembros/Reclamos Dental – 1-800-244-6224; Vision – 1-877-578-7557  
Sito de Internet [www.mycigna.com](http://www.mycigna.com)

### **Segura de Vida/AD&D: New York Life**

# De Grupo FLX970319  
Servicios a Miembros/Reclamos 1800-362-4462  
Sito de Internet [www.newyorklife.com/group-benefit-solutions/forms](http://www.newyorklife.com/group-benefit-solutions/forms)

### **Agente: George Petersen Insurance Agency**

Ejecutiva de Cuenta Rosie Hernandez  
707-525-4194 or [rhernandez@gpins.com](mailto:rhernandez@gpins.com)  
Sito de Internet [www.gpins.com](http://www.gpins.com)



## Avisos anuales

### **Aviso de no discriminación de la sección 1557 de la ACA La discriminación va en contra de la ley**

La compañía cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. La compañía no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

La compañía:

- Brinda ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes del lenguaje de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (impresiones en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, entre otros)
- Brinda servicios lingüísticos gratuitos a las personas cuya lengua materna no sea el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el administrador del Plan.

Si considera que la compañía no ha logrado brindarle estos servicios o lo ha discriminado de otra forma por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el administrador del Plan en persona o por correo, fax o correo electrónico.

Además, puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. en formato electrónico a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human  
Services 200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH  
Building Washington,  
D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede encontrar los formularios de queja en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

**Aviso especial de inscripción abierta:**

Si rechaza su propia inscripción o la de sus dependientes (incluido su cónyuge) por tener otro seguro de salud o cobertura de un plan de salud grupal, puede inscribirse usted mismo y a sus dependientes en este plan, si usted o estos pierden la elegibilidad para recibir esa otra cobertura (o si el empleador deja de aportar a su cobertura o a la de sus dependientes). Sin embargo, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días posteriores a la finalización de la cobertura suya o de sus dependientes (o después de que el empleador deje de aportar a esa otra cobertura).

Además, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, nacimiento, adopción o colocación de adopción, es posible que pueda inscribirse usted mismo e inscribir a sus dependientes. No obstante, debe solicitar la inscripción en un plazo de 30 días posteriores al matrimonio, nacimiento, adopción o colocación de adopción.

Para solicitar una inscripción especial u obtener más información, comuníquese con Recursos Humanos.

**Divulgación de la Ley de Recién Nacidos:**

Por lo general, los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud no pueden, según la ley federal, restringir los beneficios relacionados con la duración de una hospitalización por parto para la madre o el recién nacido a menos de 48 horas después de un parto vaginal o a menos de 96 horas después de una cesárea. Sin embargo, por lo general, la ley federal no prohíbe que el médico tratante de la madre o del recién nacido, después de consultar con la madre, dé de alta a la madre o a su bebé antes de las 48 horas (o 96 horas, si corresponde). En cualquier caso, los planes y las aseguradoras no pueden, según la ley federal, exigir que un proveedor reciba una autorización previa del plan o de la aseguradora para ordenar una hospitalización que dure menos de 48 horas (o 96 horas).

**Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer:**

Si se ha sometido o se someterá 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 (WHCRA) de 1998. En el caso de las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, se brindará cobertura tal como se determine en la consulta entre el médico tratante y el paciente para lo siguiente:

- todas las fases de reconstrucción del seno en el que se realizó la mastectomía;
- cirugía y reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
- prótesis, y
- tratamiento de complicaciones físicas de la mastectomía, incluido el linfedema.

Se ofrecerán estos beneficios si se paga el mismo deducible y coseguro aplicables a otros beneficios médicos y quirúrgicos provistos según el plan.

**Ley de No Discriminación por Información Genética de 2008**

La Ley de No Discriminación por Información Genética ("GINA") de 2008 protege a los empleados contra la discriminación basada en su información genética. A menos que esté permitido, su empleador no puede solicitar ni exigir la entrega de información genética suya o de sus familiares.

La ley GINA prohíbe a los empleadores y a otras entidades a quienes concierne el título II de GINA solicitar o exigir la entrega de información genética de una persona o familiar de esta, excepto si tal ley lo permite en un caso específico. Para cumplir con esta ley, le pedimos que no proporcione información genética cuando responda a esta solicitud de información médica. "Información genética", según la definición de la ley GINA, incluye la historia médica de la familia de una persona, los resultados de las pruebas genéticas de una persona o de un familiar de esta, el hecho de que una persona o el familiar de esta haya buscado o recibido servicios genéticos e información genética de un feto que una persona o el familiar de esta lleva en su vientre, o un embrión que una persona o el familiar de esta, que recibe servicios de reproducción asistida, lleva en su vientre de forma legal.

### **Divulgación de la Ley de Equidad para Servicios de Adicciones y Paridad para Servicios de Salud Mental**

Por lo general, la Ley de Equidad para Servicios de Adicciones y Paridad para Servicios de Salud Mental de 2008 requiere que los planes de salud grupales y las compañías de seguros de salud garanticen que los requisitos financieros (como copagos y deducibles) y las limitaciones de tratamiento (como los límites de visitas anuales) aplicables a los beneficios de salud mental o trastornos de abuso de sustancias no sean más restrictivos que los requisitos o limitaciones predominantes que se aplican a prácticamente todos los beneficios médicos/quirúrgicos.

### **Aviso de la Ley de Michelle**

Conforme a la Ley de Michelle, recibe el siguiente aviso porque el plan de salud grupal de la compañía brinda cobertura para dependientes mayores de 26 años y determina la elegibilidad para dicha cobertura según su condición de estudiante. Revise la siguiente información relacionada con los derechos de su hijo dependiente conforme al plan en caso de que pierda la condición de estudiante.

Cuando un hijo dependiente pierde su condición de estudiante para recibir cobertura del plan de salud grupal de la compañía por haber tomado una licencia de ausencia necesaria desde el punto de vista médico en una institución educativa postsecundaria, el plan de salud grupal de la compañía seguirá brindando cobertura en el transcurso de la licencia de ausencia hasta un año o hasta que la cobertura del plan de salud grupal de la compañía finalice por otras razones, lo que ocurra primero.

A fin de ser elegible para seguir recibiendo cobertura como dependiente durante dicha licencia de ausencia:

- El plan de salud grupal de la compañía debe recibir una certificación escrita de un médico tratante del hijo dependiente que indique que este sufre una enfermedad o lesión grave y que la licencia de ausencia (u otro cambio de inscripción) es necesaria desde el punto de vista médico.

### **Aviso de protecciones para el paciente**

Por lo general, el plan permite la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté dispuesto a aceptarlo a usted o a sus familiares. En el caso de los niños, puede designar a un pediatra como proveedor de atención primaria.

No necesita autorización previa de la compañía ni de ninguna otra persona (como un proveedor de atención primaria) para obtener acceso a atención obstétrica o ginecológica de un profesional de la salud en nuestra red, que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, es posible que el profesional de la salud deba cumplir con ciertos procedimientos, como obtener una autorización previa para ciertos servicios, después de un plan de tratamiento preaprobado, o procedimientos para hacer derivaciones.

Para obtener información sobre cómo seleccionar a un proveedor de atención primaria y ver una lista de proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con la compañía.

### **Asistencia para primas de MediCal y del Programa de Seguros de Salud para Niños (CHIP):**

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para recibir cobertura de su empleador, su estado puede contar con un programa de asistencia para primas que puede ayudarle a pagar la cobertura, con fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, no serán elegibles para estos programas de asistencia para primas, pero pueden comprar cobertura de seguro individual en Health Insurance Marketplace. 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 que figura a continuación, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP para descubrir si hay asistencia para primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP y piensa que usted o alguno de sus dependientes podría ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con su oficina estatal de Medicaid o CHIP, marque **1-877-KIDS NOW** o visite [www.insurekidsnow.gov](http://www.insurekidsnow.gov) para saber cómo solicitar el programa. Si califica, pregunte en su estado si hay un programa que pueda ayudarlo a pagar las primas del plan patrocinado por su empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia de primas con Medicaid o CHIP y también son elegibles para recibir el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de este, si aún no está inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de “inscripción especial” y usted debe solicitar cobertura en un plazo de 60 días a partir de la fecha en la que se determinó que era elegible para recibir asistencia de primas. Si tiene alguna pregunta 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)**.

**Si vive en uno de los siguientes estados, puede ser elegible para recibir ayuda para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados se actualizó el lunes, 31 de enero de 2024. Comuníquese con su estado para recibir más información sobre la elegibilidad.**

ALABAMA – Medicaid	ALASKA – Medicaid
Sitio web: <a href="http://myalhipp.com">http://myalhipp.com</a> Teléfono: 1-855-692-5447	El Programa de Pago de AK primas del seguro médico Sitio web: <a href="http://myakhipp.com">http://myakhipp.com</a> Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: <a href="mailto:CustomerService@MyAKHIPP.com">CustomerService@MyAKHIPP.com</a> Elegibilidad de 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)	Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: <a href="http://dhcs.ca.gov/hipp">http://dhcs.ca.gov/hipp</a> Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: <a href="mailto:hipp@dhcs.ca.gov">hipp@dhcs.ca.gov</a>

<b>COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)</b>	<b>FLORIDA – Medicaid</b>
<p>Sitio web de Health First Colorado:  <a href="https://www.healthfirstcolorado.com/es">https://www.healthfirstcolorado.com/es</a>            Centro de atención al cliente de Health First Colorado:            1-800-221-3943/ retransmisor del estado: 711            CHP+: <a href="https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus">https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus</a>            Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991/retransmisor del estado: 711            Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): <a href="https://www.mycohibi.com/">https://www.mycohibi.com/</a>            Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html">https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</a>            Teléfono: 1-877-357-3268</p>
<b>GEORGIA – Medicaid</b>	<b>INDIANA – Medicaid</b>
<p>Sitio web de GA HIPP:  <a href="https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp">https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</a>            Teléfono: 678-564-1162, Presiona 1            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>            Teléfono: 678-564-1162, Presiona 2</p>	<p>Healthy Indiana Plan para adultos de bajos ingresos 19-64            Sitio web: <a href="http://www.in.gov/fssa/hip/">http://www.in.gov/fssa/hip/</a>            Teléfono: 1-877-438-4479            Todos los demás Medicaid            Sitio web: <a href="https://www.in.gov/medicaid/">https://www.in.gov/medicaid/</a>            Teléfono: 1-800-457-4584</p>
<b>IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)</b>	<b>KANSAS – Medicaid</b>
<p>Sitio web de Medicaid:  <a href="https://dhs.iowa.gov/ime/members">https://dhs.iowa.gov/ime/members</a>            Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366            Sitio web de Hawki: <a href="http://dhs.iowa.gov/Hawki">http://dhs.iowa.gov/Hawki</a>            Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563            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>            Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: <a href="https://www.kancare.ks.gov/">https://www.kancare.ks.gov/</a>            Teléfono: 1-800-792-4884            Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660</p>
<b>KENTUCKY - Medicaid</b>	<b>LOUISIANA – Medicaid</b>
<p>Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):  <a href="https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx">https://www.chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</a>            Teléfono: 1-855-459-6328            Por correo electrónico: <a href="mailto:KIHIPPPROGRAM@ky.gov">KIHIPPPROGRAM@ky.gov</a>            Sitio web de KCHIP: <a href="https://kynect.ky.gov">https://kynect.ky.gov</a>            Teléfono: 1-877-524-4718            Sitio web de Medicaid de Kentucky:  <a href="https://chfs.ky.gov/agencies/dms">https://chfs.ky.gov/agencies/dms</a></p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.medicaid.la.gov">www.medicaid.la.gov</a> o <a href="http://www.ldh.la.gov/lahipp">www.ldh.la.gov/lahipp</a>            Teléfono: 1-888-342-6207 (línea directa de Medicaid) o 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>

<p align="center"><b>MAINE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web por inscripción:  <a href="https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US">https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US</a>  Teléfono: 1-800-442-6003  TTY: Maine relay 711  Página web por primos de seguro de salud privado:  <a href="https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms">https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</a>  Teléfono: 1-800-977-6740  TTY: Maine relay 711</p>	<p align="center"><b>MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://www.mass.gov/masshealth/pa">https://www.mass.gov/masshealth/pa</a>  Teléfono: 1-800-862-4840  TTY: 711</p>
<p align="center"><b>MINNESOTA – Medicaid</b></p> <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>  Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p align="center"><b>MISSOURI – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm">https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</a>  Teléfono: 573-751-2005</p>
<p align="center"><b>MONTANA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web:  <a href="https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP">https://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</a>  Teléfono: 1-800-694-3084  Por correo electrónico: <a href="mailto:HSHIPPProgram@mt.gov">HSHIPPProgram@mt.gov</a></p>	<p align="center"><b>NEBRASKA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.ACCESSNebraska.ne.gov">http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</a>  Teléfono: 1-855-632-7633  Lincoln: 402-473-7000  Omaha: 402-595-1178</p>
<p align="center"><b>NEVADA – Medicaid</b></p> <p>Sitio web de Medicaid: <a href="http://dhcftp.nv.gov">http://dhcftp.nv.gov</a>  Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900</p>	<p align="center"><b>NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid</b></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>  Teléfono: 603-271-5218  Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 5218</p>
<p align="center"><b>NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP</b></p> <p>Sitio web de Medicaid:  <a href="http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/">http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/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 de CHIP: 1-800-701-0710</p>	<p align="center"><b>NUEVA YORK – Medicaid</b></p> <p>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</p>
<p align="center"><b>CAROLINA DEL NORTE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="https://medicaid.ncdhhs.gov">https://medicaid.ncdhhs.gov</a>  Teléfono: 919-855-4100</p>	<p align="center"><b>DAKOTA DEL NORTE – Medicaid</b></p> <p>Sitio web: <a href="http://www.hhs.nd.gov/healthcare">http://www.hhs.nd.gov/healthcare</a>  Teléfono: 1-844-854-4825</p>

<b>OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</b>	<b>OREGON – Medicaid y CHIP</b>
<p>Sitio web: <a href="http://www.insureoklahoma.org">http://www.insureoklahoma.org</a>  Teléfono – 1-888-365-3742</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx">https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx</a>  Teléfono: 1-800-699-9075</p>
<b>PENSILVANIA – Medicaid y CHIP</b>	<b>RHODE ISLAND– Medicaid y CHIP</b>
<p>Sitio web:  <a href="https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx">https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx</a>  Teléfono: 1-800-692-7462  Sitio web de CHIP:  <a href="http://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIP-P-Program.aspx">Children's Health Insurance Program (CHIP) (pa.gov)</a>  Teléfono de CHIP: 1-800-986-JIDS (5437)</p>	<p>Sitio web: <a href="http://www.eohhs.ri.gov/">http://www.eohhs.ri.gov/</a>  Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct RIta Share Line)</p>
<b>CAROLINA DEL SUR – Medicaid</b>	<b>DAKOTA DEL SUR – Medicaid y CHIP</b>
<p>Sitio web: <a href="https://www.scdhhs.gov">https://www.scdhhs.gov</a>  Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p>Sitio web: <a href="http://dss.sd.gov">http://dss.sd.gov</a>  Teléfono: 1-888-828-0059</p>
<b>TEXAS – Medicaid</b>	<b>UTAH– Medicaid y CHIP</b>
<p>Sitio web:  <a href="https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico">https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/finanzas/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico</a>  Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p>Sitio web de Medicaid:  <a href="https://medicaid.utah.gov/spanish-language">https://medicaid.utah.gov/spanish-language</a>  Sitio web de CHIP: <a href="https://chip.health.utah.gov/espanol/">https://chip.health.utah.gov/espanol/</a>  Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<b>VERMONT – Medicaid</b>	<b>VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
<p>Sitio web:  <a href="http://www.vermont.gov/health/insurance/premium-payment">Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program   Department of Vermont Health Access</a>  Teléfono: 1-800-250-8427</p>	<p>Sitio web:  <a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select</a>    <a href="https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs">https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs</a>  Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924</p>
<b>WASHINGTON – Medicaid</b>	<b>WEST VIRGINIA – Medicaid y CHIP</b>
<p>Sitio web: <a href="http://www.hca.wa.gov">http://www.hca.wa.gov</a>  Teléfono: 1-800-562-3022</p>	<p>Sitio web: <a href="https://dhhr.wv.gov/bms/">https://dhhr.wv.gov/bms/</a>  <a href="http://mywvhipp.com/">http://mywvhipp.com/</a>  Teléfono de Medicaid: 304-558-1700  Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<b>WISCONSIN – Medicaid y CHIP</b>	<b>WYOMING – Medicaid</b>
<p>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</p>	<p>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</p>

Para verificar si otros estados han agregado un programa de asistencia para primas desde el lunes, 31 de enero de 2024 o para obtener más información acerca de los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

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

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

### **Su cobertura de medicamentos recetados y Medicare:**

Lea este aviso detenidamente y consérvelo en un lugar donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados y sus opciones conforme a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no unirse a un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando la opción de unirse, debería comparar su cobertura actual, incluidos los medicamentos cubiertos y sus costos, 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 los lugares donde puede obtener ayuda para tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que debe saber acerca de su cobertura actual y su cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. Se comenzó a ofrecer cobertura de medicamentos recetados de Medicare en 2006 a todas las personas con Medicare. Puede recibir esta cobertura si se une a un plan de medicamentos recetados o a un plan Medicare Advantage (como una HMO o PPO) que ofrezca cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare proveen al menos un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Su aseguradora ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados ofrecida por todos los planes, EXCEPTO los planes de cuentas de ahorros de salud (HSA), cubran, en promedio para todos los participantes de los planes, lo mismo que la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y, por ende, se considera cobertura acreditable. Gracias a que su cobertura existente es una cobertura acreditable, puede conservarla sin pagar una prima más alta (una penalidad) si decide unirse posteriormente a un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Cuándo puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare?**

Puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare cuando sea elegible por primera vez para Medicare y cada año del 15 de octubre al 7 de diciembre.

No obstante, si pierde su cobertura acreditable actual para medicamentos recetados, sin ser su culpa, también será elegible para un Periodo de inscripción especial (SEP) de dos (2) meses a fin de unirse a un plan de medicamentos de Medicare.

### **¿Qué ocurre con su cobertura actual si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare?**

Si decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura actual no se verá afectada.

Si, efectivamente, decide unirse a un plan de medicamentos de Medicare y renuncia a su cobertura actual, tenga en cuenta que usted y sus dependientes solo podrán recuperar esta cobertura durante el próximo período de inscripción abierta.

### **¿Cuándo pagará una prima más alta (penalidad) por unirse a un plan de medicamentos de Medicare?**

También debe tener presente que, si renuncia a la cobertura actual de su aseguradora o la pierde y no se une a un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días posteriores a la finalización de su cobertura actual, es posible que deba pagar una prima más alta (penalidad) para unirse a un plan de medicamentos de Medicare más tarde.

Si pasa 63 días o más sin una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual puede aumentar al menos un 1 % de la prima base para beneficiarios de Medicare por cada mes que no haya tenido esa cobertura. Por ejemplo, si pasa diecinueve meses sin cobertura acreditable, su prima puede ser al menos un 19 % más alta que la prima base para beneficiarios de Medicare. Es posible que deba pagar esta prima más alta (penalidad) mientras tenga cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, es posible que deba esperar hasta el próximo mes de octubre para unirse.

Para obtener más información sobre este aviso o su cobertura actual de medicamentos recetados, comuníquese con Recursos Humanos.

**NOTA:** Recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del siguiente período en el que puede unirse a un plan de medicamentos de Medicare y en caso de que la cobertura de su aseguradora cambie. Además, puede solicitar una copia de este aviso en cualquier momento.

En el manual “Medicare y usted”, encontrará información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Medicare le enviará una copia del manual por correo cada año. Los planes de medicamentos de Medicare también pueden comunicarse directamente con usted.

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 para seguros de salud (consulte la contratapa de su copia del manual “Medicare y usted” para ver su número telefónico) a fin de recibir 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, puede recibir ayuda adicional para pagar su cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite el sitio web del Seguro Social en [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov) o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

### **Opciones de cobertura de Health Insurance Marketplace y su cobertura de salud**

#### ***PARTE A: Información general***

Desde que ciertas partes clave de la ley de atención médica entraron en vigencia en 2014, surgió una nueva forma de comprar un seguro de salud: el Health Insurance Marketplace. Para ayudarlo mientras evalúa opciones para usted y su familia, este aviso le brinda cierta información básica acerca del nuevo Marketplace y la cobertura de salud provista por su empleador.

#### ***¿Qué es el Health Insurance Marketplace?***

El Marketplace está diseñado para ayudarlo a encontrar un seguro de salud que satisfaga sus necesidades y se adapte a su presupuesto. El Marketplace ofrece “compras de una sola parada” para buscar y comparar opciones de seguros de salud privados. También puede ser elegible para recibir un nuevo tipo de crédito fiscal que reduzca su prima mensual de inmediato. La inscripción abierta para la cobertura de seguro de salud a través del Marketplace comienza en octubre, para la cobertura que empieza a partir del 1 de enero.

#### ***¿Puedo ahorrar dinero en mis primas de seguro de salud en el Marketplace?***

Puede calificar para ahorrar dinero y reducir su prima mensual, pero solo si su empleador no le ofrece cobertura u ofrece una cobertura que no cumple con ciertos estándares. Los ahorros en la prima para la que es elegible dependen de los ingresos de su familia.

### **¿La cobertura de salud del empleador afecta la elegibilidad para los ahorros en primas del Marketplace?**

Sí. Si tiene una oferta de cobertura de salud de su empleador que cumple con ciertos estándares, usted no será elegible para gozar de un crédito fiscal a través del Marketplace y es posible que desee inscribirse en el plan de salud de su empleador. No obstante, puede ser elegible para recibir un crédito fiscal que reduzca su prima mensual o una reducción en ciertos costos compartidos si su empleador no le ofrece ninguna cobertura o no ofrece una cobertura que cumpla con ciertos estándares. Si el costo de un plan de su empleador que lo cubriría a usted (y no a otros familiares) es superior al 9.5 % de los ingresos anuales de su familia o si la cobertura que su empleador ofrece no cumple con el estándar de “valor mínimo” establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio, usted puede ser elegible para recibir un crédito fiscal. **Todos los planes médicos ofrecidos por la compañía cumplen con el estándar de “valor mínimo” establecido por la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio.**

**Nota:** Si usted compra un plan de salud a través del Marketplace en lugar de aceptar cobertura de salud de su empleador, puede perder los aportes de su empleador (si los hay) a la cobertura que este le ofrece. Además, estos aportes del empleador (así como sus aportes como empleado a la cobertura ofrecida por su empleador) suelen quedar excluidos de los ingresos en el cálculo de impuestos a la renta federales y estatales. Sus pagos de la cobertura a través del Marketplace se realizan después de los impuestos.

### **Sus derechos según la USERRA**

#### **A. Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados**

La Ley de los Derechos de Empleo y Reempleo de los Servicios Uniformados (USERRA) protege los derechos de empleo de las personas que, voluntaria o involuntariamente, dejan puestos de empleo para asumir el servicio militar o ciertos tipos de servicio en el Sistema Médico Nacional para Desastres. La USERRA también prohíbe a los empleadores discriminar a miembros antiguos y actuales de los servicios uniformados y a los candidatos a los servicios uniformados.

#### **B. Derechos de reempleo**

Usted tiene derecho a que lo reemplen en su puesto de civil si lo ha dejado para prestar servicio en un servicio uniformado y:

- se asegura de que su empleador reciba un aviso escrito o verbal anticipado sobre su servicio;
- tiene cinco años o menos de servicio acumulativo en los servicios uniformados mientras trabaja para ese empleador en particular;
- regresa a trabajar o se postula para el reempleo de forma oportuna después de concluir su servicio, y
- no se lo ha excluido del servicio en condición de inhabilitación o de otro tipo que no sea honorable.

Si es elegible para el reempleo, debe regresar al trabajo y recuperar los beneficios que habría recibido si no hubiera estado ausente debido al servicio militar o, en algunos casos, un trabajo similar.

#### **C. Derecho a estar libre de discriminación y represalias**

Si usted:

- es miembro antiguo o actual del servicio uniformado;
- ha solicitado la membresía del servicio uniformado, o
- está obligado a servir en el servicio uniformado; entonces, el empleador no puede negarle:
- empleo inicial;
- reempleo;
- conservación del empleo;
- ascensos, o
- cualquier beneficio de empleo debido a esta condición.

Además, un empleador no puede tomar represalias contra ninguna persona que contribuya al cumplimiento de los derechos bajo la USERRA, como atestiguar o hacer una declaración en relación con un procedimiento según la USERRA, incluso si esa persona no está relacionada con el servicio.

## **Protección del seguro de salud**

- Si usted deja su trabajo para prestar servicio militar, tiene derecho a optar por continuar la cobertura existente del plan de salud brindado por su empleador para usted y sus dependientes hasta 24 meses mientras presta el servicio militar.
- Incluso si opta por no continuar con la cobertura durante su servicio militar, tiene derecho a solicitar que se restituya el plan de salud de su empleador cuando vuelvan a reemplearlo, por lo general, sin períodos de espera ni exclusiones (p. ej., exclusiones por condiciones preexistentes), excepto en el caso de que tenga enfermedades o lesiones relacionadas con el servicio.

## **E. Aplicación**

El Servicio de Empleo y Capacitación de Veteranos (VETS) del Departamento de Trabajo de EE. UU. está autorizado a investigar y resolver las quejas sobre violaciones de la USERRA.

A fin de recibir ayuda para presentar una queja u otra información sobre la USERRA, comuníquese con el VETS llamando al 1-866-4-USA-DOL o visitando su sitio web en <http://www.dol.gov/vets>. Puede consultar a un asesor de USERRA interactivo en línea en <http://www.dol.gov/elaws/userra.htm>.

- Si presenta una queja ante el VETS y este no puede resolverla, puede solicitar que su caso sea derivado al Departamento de Justicia o a la Oficina de Consultoría Especial, según corresponda, para que lo representen.
- Además, puede omitir el proceso del VETS y entablar una acción civil contra un empleador debido a violaciones de la USERRA.

Los derechos que se enumeran aquí pueden variar según las circunstancias. El VETS elaboró el texto de este aviso y puede visualizarse en Internet en esta dirección: <http://www.dol.gov/vets/programs/userra/poster.htm>. La ley federal exige que los empleadores notifiquen a los empleados sobre sus derechos según la USERRA y los empleadores pueden cumplir con este requisito mostrando el texto de este aviso donde suelen colocar los avisos para los empleados. Servicio de Empleo y Capacitación de Veteranos del Departamento de Trabajo de EE. UU., 1-866-487-2365.

## **Aviso de estatus de derechos adquiridos**

Su plan de salud grupal puede o no ser un "plan de salud de derechos adquiridos" bajo la Ley de Protección de Pacientes y Cuidado de Salud de Bajo Precio (la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio). Según permitido por la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio, un plan de salud de derechos adquiridos puede preservar cierta cobertura de salud básica ya vigente cuando se promulgó dicha ley. Si su [plan o póliza es un plan de salud de derechos adquiridos, esto significa que el mismo podrá no incluir ciertas protecciones al consumidor de la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio que corresponden para otros planes; por ejemplo, la exigencia de proveer servicios preventivos de salud sin costo compartido. Sin embargo, los planes de salud de derechos adquiridos deben cumplir con ciertas otras protecciones al consumidor en la Ley de Cuidado de Salud de Bajo Precio; por ejemplo, la eliminación de límites de por vida en los beneficios.

Dirija sus preguntas acerca de qué protecciones corresponden y cuáles no corresponden para un plan de salud de derechos adquiridos y qué puede hacer que un plan deje de ser un plan de salud de derechos adquiridos pueden dirigirse al administrador del plan en su empresa. Usted también puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para el Empleado, Departamento de Trabajo de EE.UU., al 1-866-444-3272 o en [www.dol.gov/ebsa/healthreform](http://www.dol.gov/ebsa/healthreform). Este sitio web contiene una tabla con un resumen de qué protecciones corresponden y cuáles no corresponden para planes de salud de derechos adquiridos.









***ATECH***  
Logistics & Distribution

# 2025 Manual de Beneficios del Empleado

*ATECh Logistics se reserva el derecho de agregar, cambiar o discontinuar los beneficios adicionales ofrecidos en cualquier momento sin previo aviso. Este folleto está destinado a ser un resumen preciso de los beneficios, sin embargo, en caso de discrepancia, prevalecerán los términos del documento del plan, la póliza de seguro o la política y el procedimiento de la compañía.*