

Avisos importantes

Hospitalización de madres primerizas y recién nacidos

En virtud de la ley federal, es posible que los planes de salud no limiten los beneficios relacionados con la duración de la hospitalización de madres primerizas o sus hijos recién nacidos a menos de 48 horas después de un parto vaginal, o a menos de 96 horas después de una cesárea. El proveedor que atiende a la madre y al recién nacido no tiene la obligación de obtener autorización del plan de salud para indicar una hospitalización que supere las 48 (o las 96) horas, y, además, puede darles el alta a la madre y al recién nacido (después de consultar con la madre) antes de transcurridas las 48 (o las 96) horas.

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

Conforme a lo exigido por la Ley de Derechos sobre la Salud y el Cáncer de la Mujer (Women's Health and Cancer Rights Act) de 1998, el Plan de Salud del Fondo de la Arquidiócesis Católica Romana de Boston (el "Plan") brinda beneficios para los servicios relacionados con la mastectomía, incluidas todas las etapas de reconstrucción y cirugía para lograr simetría entre las mamas, las prótesis y las complicaciones que resulten de una mastectomía, incluido el linfedema. Comuníquese con la Oficina de Beneficios de la Arquidiócesis al (617) 746-5640 para obtener más información.

Inscripción especial en virtud de la HIPAA

Si rechazó la inscripción en el Plan de Beneficios de Salud de la Arquidiócesis de Boston para usted o sus dependientes (incluido su cónyuge) debido a otra cobertura de seguro de salud, es posible que usted o sus dependientes puedan inscribirse en algunas coberturas en virtud de este plan sin esperar al próximo período de inscripción abierta, siempre que solicite la inscripción dentro de los 30 días posteriores a la finalización de su otra cobertura. Asimismo, si tiene un nuevo dependiente como resultado de un matrimonio, un nacimiento, una adopción o una colocación para adopción, es posible que se pueda inscribir e inscribir a sus dependientes elegibles si solicita la inscripción dentro de los 30 días posteriores al matrimonio, al nacimiento, a la adopción o a la colocación para adopción.

Medicaid/CHIP: Inscripción especial

El Fondo de Beneficios de Salud de la Arquidiócesis de Boston (el "Plan") también brindará una oportunidad de inscripción especial para los empleados y sus dependientes elegibles que:

- hayan perdido la cobertura de Medicaid o del Programa de Seguro de Salud para Niños (Children's Health Insurance Program, CHIP) debido a que ya no son elegibles; o
- sean elegibles para un programa estatal de asistencia con el pago de las primas en virtud de Medicaid o CHIP.

Para estas oportunidades de inscripción, tendrá 60 días (en lugar de 30) desde la fecha del cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP para solicitar la inscripción en el Plan. Tenga en cuenta que esta nueva extensión de 60 días no se aplica a otras oportunidades de inscripción que no sean el cambio de elegibilidad de Medicaid/CHIP.

Consulte el aviso adjunto para obtener información adicional.

Recordatorio del Aviso de Privacidad en virtud de la HIPAA

Las normas de privacidad en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) requieren que el Fondo de Beneficios de Salud de la Arquidiócesis de Boston (el "Fondo") envíe un recordatorio regularmente a los participantes acerca de la disponibilidad del Aviso de Privacidad del Plan y de

cómo obtener ese aviso. El Aviso de Privacidad explica los derechos de los participantes y las obligaciones legales del Plan en relación con la información médica protegida (Protected Health Information, PHI), y cómo el Plan puede usar y divulgar la PHI.

Para obtener una copia del Aviso de Privacidad, comuníquese con la Oficina de Beneficios al (617) 746-5640 para más información o visite www.catholicbenefits.org/privacy.htm.

También puede comunicarse con Carol Gustavson a cgustavson@rcab.org para obtener más información acerca de las políticas de privacidad del Fondo o sobre sus derechos en virtud de la HIPAA.

Asistencia con el pago de las primas en virtud de Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Niños (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para recibir cobertura médica de su empleador, es posible que su estado tenga un programa de asistencia con el pago de las primas como ayuda para pagar la cobertura, utilizando los fondos de sus programas de Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con el pago de las primas, pero es posible que pueda comprar una cobertura de seguro individual a través del Mercado de Seguros de Salud. Para obtener más información, visite www.healthcare.gov.

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

Si usted o sus dependientes actualmente NO están inscritos en Medicaid o CHIP, y cree que usted o cualquiera de sus dependientes podrían ser elegibles para alguno de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite www.insurekidsnow.gov para descubrir cómo puede inscribirse. Si califica, pregunte si su estado tiene un programa que ayude a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para recibir asistencia con el pago de las primas en virtud de Medicaid o CHIP, y también son elegibles en virtud del plan de su empleador, su empleador debe permitir que se inscriba en el plan del empleador si todavía no está inscrito. Esto se conoce como una oportunidad de “inscripción especial”, y **usted debe solicitar cobertura dentro de los 60 días posteriores a que se determine que es elegible para recibir asistencia con el pago de las primas**. Si tiene alguna pregunta acerca de la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento de Trabajo en www.askebsa.dol.gov o llame al **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si vive en alguno de los siguientes estados, es posible que sea elegible para recibir asistencia con el pago de las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente lista de estados está actualizada al 31 de enero de 2020. Comuníquese con su estado para obtener más información acerca de la elegibilidad.

ALABAMA – Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Colorado’s Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web: http://myalhipp.com/ Teléfono: 1-855-692-5447	Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/ Health First Colorado Member Contact Center: 1-800-221-3943/ State Relay 711 CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus CHP+ Customer Service: 1-800-359-1991/ State Relay 711
ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program) Sitio web: http://myakhipp.com/ Teléfono: 1-866-251-4861 Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx	Sitio web: http://flmedicaidprecovery.com/hipp/ Teléfono: 1-877-357-3268

ARKANSAS – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)	Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162 ext 2131
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
Programa Medicaid Sitio web: https://dhs.iowa.gov/ime/members Teléfono: 1-800-338-8366 Programa Hawki Sitio web: http://dhs.iowa.gov/Hawki Teléfono: 1-800-257-8563	Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Teléfono: 1-800-694-3084
KANSAS – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
Sitio web: http://www.kdheks.gov/hcf/default.htm Teléfono: 1-800-792-4884	Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Teléfono: 1-855-632-7633 Lincoln: 402-473-7000 Omaha: 402-595-1178
KENTUCKY – Medicaid	NEVADA – Medicaid
Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx Teléfono: 1-855-459-6328 Correo electrónico: KIHIP.PPROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Teléfono: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov	Medicaid Website: http://dhcnp.nv.gov Medicaid Phone: 1-800-992-0900
LOUISIANA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
Website: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)	Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Teléfono: 603-271-5218 Número gratuito: 1-800-852-3345, ext. 4344 o 5218
MAINE – Medicaid	NEW JERSEY – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://www.maine.gov/dhhs/ofi/public-assistance/index.html Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: servicio de retransmisión de Maine (711)	Sitio web de Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Teléfono de Medicaid: 609-631-2392 Sitio web de CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710
MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP	NEW YORK – Medicaid
Sitio web: http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/masshealth/ Teléfono: 1-800-862-4840	Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831
CALIFORNIA – Medicaid	INDIANA – Medicaid
Sitio web: https://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/TPLRD_CAU_con_t.aspx Teléfono: 1-800-541-5555 or (916) 636-1980 Correo electrónico: HIPP@dhcs.ca.gov	Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Sitio web: http://www.in.gov/fssa/hip/ Teléfono: 1-877-438-4479 All other Medicaid Sitio web: http://www.indianamedicaid.com Teléfono: 1-800-403-0864

MINNESOTA – Medicaid	NORTH CAROLINA – Medicaid
Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp [Under ELIGIBILITY tab, see “what if I have other health insurance?”] Teléfono: 1-800-657-3739	Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100 NC Medicaid Contact Center Teléfono: 888-245-0179
MISSOURI – Medicaid	NORTH DAKOTA – Medicaid
Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005	Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825
OKLAHOMA – Medicaid y CHIP	UTAH – Medicaid and CHIP
Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742	Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669 Email: chip@utah.gov
OREGON – Medicaid y CHIP	VERMONT– Medicaid
Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075	Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427
PENNSYLVANIA – Medicaid	VIRGINIA – Medicaid y CHIP
Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462	Sitio web: https://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282
RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP	WASHINGTON – Medicaid
Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)	Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022
SOUTH CAROLINA – Medicaid	WEST VIRGINIA – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820	Sitio web: http://mywvhipp.com/ Número gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
SOUTH DAKOTA - Medicaid	WISCONSIN – Medicaid y CHIP
Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059	Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002
TEXAS – Medicaid	WYOMING – Medicaid
Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493	Sitio web: https://wyequalitycare.acs-inc.com/ Teléfono : 307-777-7531

Para ver si algún otro estado agregó un programa de asistencia con el pago de primas desde el 31 de enero de 2020, o para obtener más información acerca de los derechos de inscripción especial, comuníquese con:

Departamento de Trabajo de los EE. UU.
Administración para la Seguridad de los
Beneficios del Empleado
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.
Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción 4 del menú, ext. 61565



Aviso importante del Fondo de Beneficios de Salud de la Arquidiócesis Católica Romana de Boston acerca de la cobertura acreditable de medicamentos recetados y Medicare *Mayo de 2020*

El objetivo de este aviso es informarle que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que se enumera a continuación en virtud del Plan de Salud del Fondo de Beneficios de Salud de la Arquidiócesis de Boston (el “Plan”) pague, en promedio, al menos lo mismo que lo que pagará la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare en 2020. Esto se conoce como “cobertura acreditable”.

Por qué esto es importante. Si, durante 2020, usted o sus dependientes cubiertos están inscritos en alguna de las coberturas de medicamentos recetados que se enumeran en este aviso y están cubiertos por Medicare, u obtienen cobertura de Medicare, pueden decidir inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare más adelante y no estar sujetos a una multa por inscripción tardía –siempre y cuando tengan una cobertura acreditable dentro de los 63 días previos a la inscripción al plan de medicamentos recetados de Medicare. Debe conservar este aviso con sus registros importantes.

Si usted o sus familiares actualmente no tienen cobertura de Medicare, ni la obtendrán en los próximos 12 meses, este aviso no se aplica a usted.

Aviso de cobertura acreditable

Lea este aviso atentamente. Contiene información acerca de la cobertura de medicamentos recetados del Plan y sobre la cobertura de medicamentos recetados disponible para personas con Medicare. Asimismo, le informa dónde puede encontrar más información que lo ayude a tomar decisiones sobre su cobertura de medicamentos recetados.

Es posible que haya oído hablar de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare (llamada Parte D) y se haya preguntado cómo le afectaría a usted. La cobertura de medicamentos recetados está disponible para todas las personas que tengan Medicare a través de planes de medicamentos recetados de Medicare. Todos los planes de medicamentos recetados de Medicare ofrecen, al menos, un nivel estándar de cobertura establecido por Medicare. Algunos planes también ofrecen una mayor cobertura por una prima mensual más elevada.

Las personas pueden inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare cuando son elegibles por primera vez, y cada año desde el 15 de octubre hasta el 7 de diciembre. Las personas que cancelan una cobertura del empleador/sindicato pueden ser elegibles para un Período de Inscripción Especial de Medicare.

Si usted tiene cobertura del Plan, le interesará saber que la cobertura de medicamentos recetados del Plan es, en promedio, al menos igual de buena que la cobertura de medicamentos recetados estándar de Medicare para 2020. Esto se llama cobertura acreditable. La cobertura en virtud de este plan le ayudará a evitar la multa por inscripción tardía de la Parte D si es elegible para Medicare, o si se vuelve elegible para Medicare, y luego decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare.

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos recetados de Medicare y es un empleado activo o familiar de un empleado activo, también puede continuar con la cobertura de su empleador. En este caso, el plan del empleador seguirá siendo el pagador primario o secundario, tal como ocurría antes de que usted se inscribiera en un plan de medicamentos recetados de Medicare. Si renuncia o cancela la cobertura del Plan, Medicare será su único pagador. Puede volver a inscribirse en el plan del empleador durante la inscripción anual o si tiene un evento de inscripción especial para el Plan.

Debe saber que si renuncia o cancela la cobertura del Plan y transcurren 63 días o más sin que tenga una cobertura acreditable de medicamentos recetados (una vez que finalice su período de inscripción aplicable de Medicare), su prima mensual de la Parte D aumentará, al menos, un 1% mensual por cada mes que transcurra sin cobertura acreditable. Por ejemplo, si transcurrieron 19 meses sin que tuviera cobertura, la prima de su plan de medicamentos recetados de Medicare siempre será, por lo menos, un 19% más alta de lo que paga la mayoría de las personas. Tendrá que pagar esta prima más alta durante el tiempo que tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Asimismo, es posible que deba esperar hasta el próximo noviembre para inscribirse en la Parte D.

En el futuro, puede recibir este aviso en otros momentos, como antes del próximo período en que pueda inscribirse a la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, cuando haya cambios en la cobertura de medicamentos recetados del Plan o cuando usted lo solicite.

Para obtener más información sobre sus opciones en virtud de la cobertura de medicamentos recetados de Medicare

El manual *Medicare & You* (Medicare y usted) proporciona información más detallada acerca de los planes de Medicare que brindan cobertura de medicamentos recetados. Los participantes de Medicare recibirán una copia del manual todos los años por correo postal. Asimismo, el personal de los planes de medicamentos recetados de Medicare puede comunicarse directamente con usted. Para obtener más información acerca de los planes de medicamentos recetados de Medicare:

- Visite www.medicare.gov para obtener ayuda personalizada.
- Llame a su Programa Estatal de Asistencia de Seguro de Salud (consulte la copia del manual *Medicare & You* para obtener el número de teléfono).
- Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.

Para personas con ingresos y recursos limitados, se encuentra disponible ayuda adicional para pagar un plan de medicamentos recetados de Medicare. La Administración de Seguridad Social (Social Security Administration, SSA) puede proporcionarle más información sobre esta ayuda adicional. Para obtener más información sobre esta ayuda adicional, visite SSA en línea en www.socialsecurity.gov o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: guarde este aviso. Si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare después de que finalice su período de inscripción aplicable de Medicare, es posible que deba presentar una copia de este aviso cuando se una a un plan de la Parte D a fin de demostrar que usted no debe pagar una prima de la Parte D más elevada.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura de medicamentos recetados, comuníquese con: Carol Gustavson, Administradora del Plan, 66 Brooks Drive, Braintree, MA 02184; (617) 746-5830; benefits@rcab.org; www.bostoncatholicbenefits.org.