

Avisos importantes

Aviso con respecto al programa de bienestar del RCAB Health Benefit Trust

El Programa de Bienestar del RCAB Health Benefit Trust ("Programa de Bienestar") es un programa de bienestar voluntario de incentivo disponible para todos los empleados y cónyuges elegibles inscritos en uno de los Planes de Salud del RCAB. El programa se administra según las reglas federales que permiten programas de bienestar patrocinados por el empleador que buscan mejorar la salud de los empleados o prevenir enfermedades, incluidas la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, la Ley de No Discriminación de Información Genética de 2008, la Portabilidad del Seguro Médico y la Ley de Rendición de Cuentas, según corresponda, entre otros. Si decide participar en el Programa de Bienestar, se le pedirá que complete una evaluación voluntaria de salud a través de sitio de ahealthyme de Blue Cross Blue Shield de Massachusetts que hace una serie de preguntas sobre las actividades relacionadas con la salud y comportamientos y si usted tiene o tuvo ciertas condiciones médicas (por ejemplo, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas). Usted no está obligado a completar la evaluación de salud de ahealthyme u otros exámenes médicos. La información de su evaluación de salud de ahealthyme se utilizará para proporcionarle información para ayudarlo a entender su salud actual y los riesgos potenciales. Se le anima también a que comparta sus resultados o preocupaciones con su médico.

Los empleados y cónyuges elegibles pueden ganar puntos *HRA* al participar en las actividades enumeradas en el flyer en este folleto. Un punto es igual a un dólar, y cada empleado o cónyuge inscrito puede recibir crédito por un máximo de 1000 puntos por año plan. Los puntos para los incentivos de bienestar completados serán depositados en cuentas de la HRA (o cuentas de HSA para los inscritos en el Plan de Salud con Deducible Alto del RCAB) con HealthEquity

Si usted no puede participar en ninguna de las actividades relacionadas con la salud o lograr cualquiera de los resultados de salud necesario para obtener un incentivo, puede que tenga derecho a una adaptación razonable o un estándar alternativo. Para solicitar una adaptación razonable o un estándar alternativo, póngase en contacto con Donna Porter, RCAB del [Departamento de Beneficios, en dporter@rcab.org](mailto:dporter@rcab.org).

Protección contra la divulgación de información médica

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud que lo identifica personalmente. Aunque el RCAB Health Benefit Trust puede usar información agregada que recopile para diseñar un programa basado en riesgos de salud identificados en el lugar de trabajo, nunca revelaremos nada de su información personal ni de forma pública ni al empleador, excepto según sea necesario para responder a una solicitud de adaptación razonable necesaria para que participe en el programa de bienestar, o según lo expresamente permitido por la ley. La información médica que lo identifica personalmente proporcionada en relación con el programa de bienestar no se divulgará a sus supervisores o gerentes y es posible que nunca se utilice para tomar decisiones con respecto a su empleo.

Su información médica no será vendida, intercambiada, transferida o divulgada de otro modo, excepto en la medida en que las actividades específicas relacionadas con el Programa de Bienestar, y no se le pedirá ni para renunciar a la confidencialidad de su información de salud como condición para participar en el programa de bienestar o para recibir un incentivo. Cualquier persona que reciba su información con el fin de proporcionarle servicios como parte del programa de bienestar cumplirá con los mismos requisitos de confidencialidad.

Además, toda la información médica obtenida a través del Programa de Bienestar se mantendrá por separado de sus registros personales, la información almacenada electrónicamente será encriptada, y ninguna información que usted proporcione como parte del programa de bienestar se utilizará en la toma de cualquier

decisión de empleo. Se tomarán las debidas precauciones para evitar cualquier filtración de datos, y en el caso de que se produzca una filtración de datos que implique información que usted proporcione en relación con el programa de bienestar, le notificaremos inmediatamente.

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

Si tiene preguntas o inquietudes con respecto a este aviso, o sobre protecciones contra la discriminación y represalias, por favor póngase en contacto con Donna Porter, Departamento de Beneficios de RCAB, en dporter@rcab.org.

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 2021. 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 Health Insurance Buy-In Program (HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program HIBI Customer Service: 1-855-692-6442

ALASKA – Medicaid	FLORIDA – Medicaid
<p>Programa de Pago de Primas de Seguros de Salud de AK (AK Health Insurance Premium Payment Program)</p> <p>Sitio web: http://myakhipp.com/</p> <p>Teléfono: 1-866-251-4861</p> <p>Correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com</p> <p>Elegibilidad para Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p>	<p>Sitio web: https://www.flmedicaidprecovery.com/flmedicaidprecovery.com/hipp/index.html</p> <p>Teléfono: 1-877-357-3268</p>
ARKANSAS – Medicaid	GEORGIA – Medicaid
<p>Sitio web: http://myarhipp.com/</p> <p>Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Sitio web: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</p> <p>Teléfono: 678-564-1162 ext 2131</p>
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
<p>Programa Medicaid</p> <p>Sitio web: https://dhs.iowa.gov/ime/members</p> <p>Teléfono: 1-800-338-8366</p> <p>Programa Hawki</p> <p>Sitio web: http://dhs.iowa.gov/Hawki</p> <p>Teléfono: 1-800-257-8563</p> <p>HIPP Sitio web: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</p> <p>HIPP Teléfono: 1-888-346-9562</p>	<p>Sitio web: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</p> <p>Teléfono: 1-800-694-3084</p>
KANSAS – Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Sitio web: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Teléfono: 1-800-792-4884</p>	<p>Sitio web: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</p> <p>Teléfono: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
KENTUCKY – Medicaid	NEVADA – Medicaid
<p>Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP) Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Teléfono: 1-855-459-6328</p> <p>Correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov</p> <p>KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</p> <p>Teléfono: 1-877-524-4718</p> <p>Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Medicaid Website: http://dhcfp.nv.gov</p> <p>Medicaid Phone: 1-800-992-0900</p>
LOUISIANA – Medicaid	NEW HAMPSHIRE – Medicaid
<p>Website: www.medicicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp</p> <p>Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Sitio web: https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm</p> <p>Teléfono: 603-271-5218</p> <p>Número gratuito: 1-800-852-3345, ext. 4344 o 5218</p> <p>For questions about Medicaid, or the NH EASY website, contact the Division of Client Services at 1-844-ASK-DHHS (275-3447)</p>

<p align="center">MAINE – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Teléfono: 1-800-442-6003 TTY: servicio de retransmisión de Maine (711)</p> <p>Private Health Insurance Premium Webpage: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Phone: -800-977-6740. TTY: Maine relay 711</p>	<p align="center">NEW JERSEY – Medicaid y CHIP</p> <p>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</p>
<p align="center">MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa Teléfono: 1-800-862-4840</p>	<p align="center">NEW YORK – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Teléfono: 1-800-541-2831</p>
<p align="center">CALIFORNIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Correo electrónico: HIPP@dhcs.ca.gov</p>	<p align="center">INDIANA – Medicaid</p> <p>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</p>
<p align="center">MINNESOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/medical-assistance.jsp Teléfono: 1-800-657-3739</p>	<p align="center">NORTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Teléfono: 919-855-4100 NC Medicaid Contact Center Teléfono: 888-245-0179</p>
<p align="center">MISSOURI – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Teléfono: 573-751-2005</p>	<p align="center">NORTH DAKOTA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Teléfono: 1-844-854-4825</p>
<p align="center">OKLAHOMA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.insureoklahoma.org Teléfono: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">UTAH – Medicaid and CHIP</p> <p>Sitio web de Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Sitio web de CHIP: http://health.utah.gov/chip Teléfono: 1-877-543-7669</p>
<p align="center">OREGON – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Teléfono: 1-800-699-9075</p>	<p align="center">VERMONT– Medicaid</p> <p>Sitio web: http://www.greenmountaincare.org/ Teléfono: 1-800-250-8427</p>
<p align="center">PENNSYLVANIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Teléfono: 1-800-692-7462</p>	<p align="center">VIRGINIA – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.coverva.org/hipp/ Teléfono de Medicaid: 1-800-432-5924 Teléfono de CHIP: 1-855-242-8282</p>

<p align="center">RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: http://www.eohhs.ri.gov/ Teléfono: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)</p>	<p align="center">WASHINGTON – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.hca.wa.gov/ Teléfono: 1-800-562-3022</p>
<p align="center">SOUTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820</p>	<p align="center">WEST VIRGINIA – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://mywvhipp.com/ Número gratuito: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)</p>
<p align="center">SOUTH DAKOTA - Medicaid</p> <p>Sitio web: http://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059</p>	<p align="center">WISCONSIN – Medicaid y CHIP</p> <p>Sitio web: https://www.dhs.wisconsin.gov/publications/p1/p10095.pdf Teléfono: 1-800-362-3002</p>
<p align="center">TEXAS – Medicaid</p> <p>Sitio web: http://gethipptexas.com/ Teléfono: 1-800-440-0493</p>	<p align="center">WYOMING – Medicaid</p> <p>Sitio web: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Teléfono: 1-800-251-1269</p>

Para ver si algún otro estado agregó un programa de asistencia con el pago de primas desde el 31 de enero de 2021, 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 2021*

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 2021. Esto se conoce como “cobertura acreditable”.

Por qué esto es importante. Si, durante 2021, 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 2021. 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.