

Informações Importantes

Informações a respeito do Programa de Bem-Estar do Fundo de Benefícios de Saúde da RCAB

O Programa de Bem-Estar do Fundo de Benefícios de Saúde da RCAB (“Programa de Bem-Estar”) é um programa voluntário de incentivo de bem-estar disponível a todos os funcionários elegíveis e seus cônjuges inscritos em um dos Planos de Saúde da RCAB. O Programa é administrado de acordo com as leis federais que permitem programas de bem-estar financiados por empregadores que buscam melhorar a saúde de seus funcionários ou prevenir doenças, incluindo o Ato de Americanos com Deficiências de 1990, o Ato de Não-Discriminação de Informações Genéticas de 2008, e o Ato de Responsabilidade e Portabilidade de Plano de Saúde, como aplicável, entre outros. Se você escolher participar do Programa de Bem-Estar, você precisará completar uma avaliação voluntária de saúde através do site ahealthyme do Blue Cross Blue Shield de Massachusetts que faz uma série de perguntas sobre atividades e comportamentos relacionados à saúde e se você tem ou já teve certas condições médicas (ex.: câncer, diabetes ou doenças cardíacas). Você não é obrigado a completar a avaliação de saúde ahealthyme nem outros exames médicos. As informações da sua avaliação de saúde ahealthyme serão usadas para fornecer a você informações que o ajudarão a entender sua saúde atual e riscos potenciais. Você também é incentivado a compartilhar seus resultados ou preocupações com seu médico.

Funcionários e cônjuges elegíveis podem receber pontos HRA ou HSA ao participar das atividades descritas no panfleto desta brochura. Um ponto corresponde a \$10, e cada um dos membros inscritos pode receber crédito de, no máximo, 1000 pontos (se estiverem inscritos no Plano PPO Básico ou Ampliado) ou 500 pontos (se estiverem inscritos no Plano de Saúde “HDHP” de Franquia Elevada da RCAB) por Ano do Plano através da participação no Programa ahealthyme do Blue Cross Blue Shield de Massachusetts e no Programa Desafio MoveSpring. Pontos para incentivos de atividades de bem-estar completadas serão depositados nas contas HRA (ou contas HSA para aqueles inscritos no HDHP) com HealthEquity. Um valor adicional de contribuição de \$150 de HRA ou HSA para cada funcionário e cônjuge inscrito por Ano do Plano pode ser adquirido como reembolso de Recompensa de Bem-Estar para despesas qualificadas. Visite catholicbenefits.org/health/wellnessrewards.pdf para mais informações.

Se você não puder participar de nenhuma das atividades relacionadas à saúde nem alcançar os resultados de saúde exigidos para ganhar um incentivo, você pode ter o direito de receber uma acomodação adequada ou um requerimento alternativo. Você pode fazer o pedido para uma acomodação adequada ou um requerimento alternativo entrando em contato com Donna Ynaya Porter, no Departamento de Benefícios da RCAB, pelo e-mail dporter@rcab.org.

Proteções para Divulgação de Informações Médicas

Devemos, pela lei, manter a privacidade e segurança de suas informações pessoais de saúde identificáveis. Embora o Fundo de Benefícios de Saúde da RCAB possa agregar informações que coleta para fazer o design um programa com base nos riscos identificáveis de saúde no trabalho, jamais divulgaremos qualquer informação pessoal sua publicamente ou ao empregador, exceto se necessário para responder a um pedido seu para uma acomodação adequada necessária para participar do Programa de Bem-Estar, ou como expressamente permitido pela lei. Informações

médicas que identificam você individualmente e que são fornecidas em conexão ao Programa de Bem-Estar não serão fornecidas a seus supervisores ou gerentes e jamais deverão ser usadas para tomar decisões em relação ao seu emprego.

Suas informações de saúde não serão vendidas. Além disso, suas informações não serão trocadas, transferidas ou divulgadas de forma alguma, com exceção ao que é permitido pela lei para executar atividades específicas relacionadas ao Programa de Bem-Estar, e você não receberá um pedido nem será obrigado a renunciar a confidencialidade de suas informações de saúde como uma condição para participar no Programa de Bem-Estar ou receber algum incentivo. Qualquer pessoa que receber suas informações para o propósito de fornecer a você serviços como parte do Programa de Bem-Estar aderirá aos mesmos termos de sigilo.

Adicionalmente, todas as informações médicas obtidas através do Programa de Bem-Estar serão mantidas separadamente de seus registros pessoais, as informações arquivadas eletronicamente serão criptografadas, e nenhuma informação que você fornecer como parte do Programa de Bem-Estar será usada para tomar decisões em relação ao seu emprego. Precauções apropriadas serão tomadas para evitar qualquer violação de dados, e no evento de uma violação de dados ocorrer envolvendo informações fornecidas por você em conexão ao Programa de Bem-Estar, nós o notificaremos imediatamente e tomaremos as devidas ações judiciais que foram necessárias.

Você não será discriminado em relação ao seu emprego devido a informações médicas que você venha a fornecer como parte de sua participação no Programa de Bem-Estar, nem será sujeito a represália se você escolher não participar.

Se você tiver dúvidas ou perguntas a respeito dessa notificação, ou sobre proteção contra discriminação e represália, por favor entre em contato com Donna Ynaya Porter, Departamento de Benefícios da RCAB, pelo e-mail dporter@rcab.org.

Estadia Hospitalar para Mães e Recém-Nascidos

De acordo com a lei federal, os planos de saúde não podem restringir os benefícios de período de internação para mães e seu(s) recém-nascido(s) para menos de 48 horas após um parto normal, ou menos de 96 horas após uma cesariana. O profissional de saúde da mãe e do recém-nascido não precisa obter autorização do plano de saúde para solicitar um período de internação de 48 (ou 96) horas e também pode dar alta à mãe e ao recém-nascido (após consultar a mãe) antes do prazo de 48 (ou 96) horas.

Ato de Direitos de Saúde da Mulher e em relação ao Câncer

O Plano de Saúde do Fundo de Benefícios de Saúde da Arquidiocese Católica Romana de Boston (o "Plano"), conforme exigido pelo Ato de Direitos de Saúde da Mulher e em relação ao Câncer de 1998, oferece benefícios para serviços relacionados à mastectomia, incluindo todas as etapas de reconstrução e cirurgia para obter simetria entre os seios, próteses e complicações resultantes de uma mastectomia, incluindo linfedema. Para mais informações, entre em contato com o Departamento de Benefícios da Arquidiocese pelo telefone (617) 746-5640.

Inscrição Especial HIPAA

Caso tenha recusado inscrever a você mesmo ou seus dependentes (incluindo seu cônjuge) no Plano devido à cobertura de outro plano de saúde, você e seus dependentes também poderão se inscrever em algumas das coberturas deste plano sem precisar esperar pelo próximo período de inscrição, desde que você faça a solicitação de inscrição no prazo de até 30 dias contados a partir do término da sua outra cobertura. Além disso, caso tenha um novo dependente proveniente de casamento, nascimento, adoção ou pedido de adoção, você poderá fazer sua inscrição e a de seus dependentes elegíveis, desde que você faça seu pedido de inscrição dentro de 30 dias do casamento, nascimento, adoção ou pedido de adoção.

Medicaid/CHIP - Inscrição Especial

O Plano também possui uma oportunidade especial de inscrição para funcionários e respectivos dependentes elegíveis que:

- ♣ Tenham perdido a cobertura do Medicaid ou do Programa de Seguro de Saúde para Crianças (CHIP) por não serem mais elegíveis, ou
- ♣ Tornem-se elegíveis para um programa estadual de auxílio-prêmio (premium assistance) do Medicaid ou CHIP.

Para essas oportunidades de inscrição, você terá 60 dias – em vez de 30 – a partir da data da alteração da elegibilidade para o Medicaid/CHIP, para solicitar sua inscrição ao Plano. Vale destacar que este prazo de 60 dias não se aplica a nenhuma outra oportunidade de inscrição além da alteração de elegibilidade ao Medicaid/CHIP. Para mais informações, consulte a Notificação em anexo.

Lembrete da Notificação de Privacidade HIPAA

As regras de privacidade sob o Ato de Responsabilidade e Portabilidade do Seguro de Saúde (HIPAA) exigem que o Fundo de Benefícios de Saúde da Arquidiocese de Boston (o "Fundo") envie periodicamente um lembrete aos participantes sobre a disponibilidade da Notificação de Privacidade do Plano e como obtê-lo. A Notificação de Privacidade explica os direitos dos participantes e os deveres legais do Plano em relação às informações de saúde protegidas (PHI) e como o Plano pode usar e divulgar PHI.

Para obter mais informações ou uma cópia da Notificação de Privacidade, entre em contato com o Departamento de Benefícios pelo telefone (617) 746-5640 ou visite www.catholicbenefits.org/privacy.htm.

Você também pode entrar em contato com Carol Gustavson pelo e-mail cgustavson@rcab.org para obter mais informações sobre as políticas de privacidade do Fundo, ou sobre seus direitos de acordo com a lei HIPAA.

Notificação Importante do Fundo de Benefícios de Saúde da Arquidiocese Católica Romana de Boston sobre Cobertura Creditável de Medicamentos Vendidos sob Prescrição Médica e o Medicare

Maio de 2023

O objetivo desta notificação é esclarecer a você que a cobertura dos medicamentos vendidos sob prescrição médica listados abaixo, fornecidos pelo Fundo de Benefícios de Saúde da Arquidiocese de Boston (o “Plano”) são previstos de serem pagos, em média, tanto quanto a cobertura padrão de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare em 2023. Isso é conhecido como “cobertura creditável”.

Por que isso é importante. Se você ou o(s) seu(s) dependente(s) estiverem inscritos em algum plano de cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica (listados nesta notificação) durante 2023 que sejam ou tenham se tornado cobertos pelo Medicare, vocês poderão se inscrever a um plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare posteriormente sem qualquer tipo de penalidade devido à inscrição após o prazo – desde que vocês tenham uma cobertura creditável dentro de 63 dias no seu plano de cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare. Você deveria guardar esta notificação com documentos importantes.

Caso você ou um membro de sua família não esteja atualmente coberto pelo Medicare, ou não se torne coberto pelo Medicare nos próximos 12 meses, esta notificação não se aplica.

Solicitamos que leia esta notificação com atenção. Ela apresenta informações sobre a cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Plano e a cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica disponível para pessoas inscritas no Medicare. Ela também indica onde encontrar mais informações para ajudá-lo a tomar decisões quanto à cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica.

Você pode ter ouvido falar sobre a cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare (denominada Parte D) e se perguntado como ela afeta você. A cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica está disponível para todos inscritos no Medicare que possuem planos de medicamentos vendidos sob prescrição médica Medicare. Todos os planos de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare fornecem no mínimo um nível padrão de cobertura definido pelo Medicare. Alguns planos também oferecem mais cobertura, com um pagamento de prêmio mensal mais alto.

Indivíduos podem se inscrever em um plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare quando se tornam elegíveis, e anualmente, de 15 de outubro a 7 de dezembro. Indivíduos que deixarem a cobertura do empregador/sindicato podem se tornar elegíveis a um Período de Inscrição Especial ao Medicare.

Se estiver coberto pelo Plano, você terá interesse em saber que sua cobertura para medicamentos vendidos sob prescrição médica é, em média, tão boa quanto a cobertura padrão de medicamentos

sob prescrição médica do Medicare para 2023. Isso é chamado de cobertura creditável. A cobertura deste plano ajudará você a evitar uma penalidade de inscrição à Parte D após o prazo, se você for ou se tornar elegível para o Medicare e, mais tarde, decidir se inscrever a um plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare.

Se você decidir se inscrever em um plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare e você é um funcionário ativo ou membro da família de um funcionário ativo, você também poderá continuar com a cobertura do seu empregador. Nesse caso, o plano do empregador continuará pagando de forma primária ou secundária, como o fazia antes da sua inscrição a um plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare. Se você cancelar ou recusar a cobertura do Plano, o Medicare será seu único pagador. Você poderá se inscrever novamente ao plano do empregador no período anual de inscrição ou quando houver um evento de inscrição especial ao Plano.

Precisamos informar que se cancelar ou recusar a cobertura do Plano e ficar 63 dias ou mais sem cobertura creditável de medicamentos vendidos sob prescrição médica (depois que seu período de inscrição ao Medicare tiver acabado), o prêmio mensal da Parte D aumentará pelo menos 1% por mês para cada mês sem cobertura creditável. Por exemplo, se você passar 19 meses sem cobertura, o prêmio do plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare será, no mínimo, 19% maior do que o valor pago pela maioria e outros indivíduos cobertos. Você pagará este prêmio maior por causa da sua cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare. Além disso, talvez você precise esperar até o próximo mês de novembro para se inscrever à Parte D.

Futuramente, você poderá receber esta notificação em outros momentos – como antes do próximo período de inscrição à cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare, se houver mudança na cobertura de medicamentos sob prescrição médica do Plano, ou conforme sua solicitação.

Para mais informações sobre as suas opções de cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare

Informações mais detalhadas sobre os planos do Medicare que oferecem cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica podem ser encontradas no manual Medicare & You. O Medicare enviará uma cópia do manual aos participantes anualmente, pelos correios. Você também pode ser contatado diretamente pelos planos de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare. Veja como obter mais informações sobre os planos de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare:

- Visite www.medicare.gov para receber ajuda personalizada.
- Ligue para o seu Programa Estadual de Assistência de Seguro de Saúde (consulte o manual Medicare & You para obter o número de telefone).
- Ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Os usuários de TDD (telefone para deficientes auditivos) devem ligar para 1-877-486-2048.

Para pessoas com renda e recursos limitados, existe ajuda extra para o pagamento de um plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica. As informações sobre essa ajuda extra estão disponíveis na Social Security Administration (SSA). Para mais informações sobre essa ajuda extra, visite a SSA on-line em www.socialsecurity.gov ou ligue para 1-800-772-1213 (TDD 1-800-325-0778).

Lembre-se: Guarde esta notificação. Caso queira se inscrever em um plano de medicamentos vendidos sob prescrição médica do Medicare após o encerramento do período de inscrição, será necessário fornecer uma cópia desta notificação para se inscrever a um plano de Parte D, para comprovar que não existe a obrigação de você pagar um valor de prêmio superior ao de Parte D.

Para mais informações sobre este comunicado ou a cobertura de medicamentos vendidos sob prescrição médica, entre em contato com: Carol Gustavson, Plan Administrator, 66 Brooks Drive, Braintree, MA 02184; (617) 746-5830; benefits@rcab.org; www.bostoncatholicbenefits.org

Auxílio-Prêmio do Medicaid e Programa de Seguro de Saúde para Crianças (CHIP)

Se você ou seus filhos forem elegíveis ao Medicaid ou CHIP, e você for elegível para a cobertura de saúde do seu empregador, seu estado pode ter um programa de auxílio-prêmio que ajude a pagar pela sua cobertura, utilizando fundos dos programas Medicaid ou CHIP. Se você ou seus filhos não forem elegíveis para o Medicaid ou CHIP, não terão direito a esses programas de auxílio-prêmio, mas você poderá comprar uma cobertura de seguro individual por meio do Health Insurance Marketplace. Para mais informações, visite www.healthcare.gov.

Se você ou seus dependentes já fizeram a inscrição no Medicaid ou CHIP e residem em um dos estados listados abaixo, entre em contato com o escritório do Medicaid ou CHIP da sua localidade, para saber se o auxílio-prêmio está disponível.

Caso você ou seus dependentes NÃO façam estejam inscritos atualmente no Medicaid ou CHIP, e você achar que você ou algum dos seus dependentes pode ser elegível para qualquer um desses programas, entre em contato com a secretaria do Medicaid ou CHIP do seu estado ou ligue para **1-877-KIDS NOW** ou visite www.insurekidsnow.gov para se informar como se inscrever. Caso se qualifique, pergunte se seu estado possui algum programa que auxilia no pagamento de prêmios de um plano patrocinado pelo empregador.

Se você ou seus dependentes forem elegíveis para o auxílio-prêmio do Medicaid ou CHIP, bem como para o plano do empregador, seu empregador deverá permitir sua inscrição ao plano do empregador, se você ainda não fizer parte dele. Isso é chamado de oportunidade de "inscrição especial" e você deve solicitar a cobertura dentro de 60 dias após ter sido considerado elegível para o auxílio-prêmio. Se tiver dúvidas sobre a inscrição ao plano do seu empregador, entre em contato com o Departamento de Trabalho pelo site www.askebsa.dol.gov ou ligue para **1-866-444-EBSA (3272)**.

Caso resida em um dos estados a seguir, você poderá ser elegível para receber auxílio de pagamento dos prêmios do plano de saúde do seu empregador. A lista de estados a seguir está

em vigor desde 31 de janeiro de 2023. Entre em contato com seu Estado para mais informações sobre elegibilidade -

ALABAMA-Medicaid	CALIFORNIA-Medicaid
<p>Website: http://myalhipp.com/</p> <p>Telefone: 1-855-692-5447</p>	<p>Website:</p> <p>Programa de Pagamento de Mensalidade de Seguro de Saúde (HIPP) http://dhcs.ca.gov/hipp</p> <p>Telefone: 916-445-8322</p> <p>Fax: 916-440-5676</p> <p>E-mail: hipp@dhcs.ca.gov</p>
ALASKA-Medicaid	COLORADO-Health First Colorado (Programa Medicaid do Colorado) & Plano Plus de Saúde Infantil (CHP+)
<p>Programa de Pagamento de Mensalidade de Seguro de Saúde AK</p> <p>Website: http://myakhipp.com/</p> <p>Telefone: 1-866-251-4861</p> <p>E-mail: CustomerService@MyAKHIPP.com</p> <p>Elegibilidade ao Medicaid:</p> <p>http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p>	<p>Health First Colorado Website: https://www.healthfirstcolorado.com/</p> <p>Centro de Atendimento a Membros do Health First Colorado: 1-800-221-3943/Telefone Estadual 711</p> <p>CHP+: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/child-health-plan-plus</p> <p>Atendimento ao Cliente do CHP+: 1-800-359-1991/ Telefone Estadual 711 Programa de Seguro de Saúde Buy-In</p> <p>(HIBI): https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance-buy-program</p> <p>Atendimento ao Cliente do HIBI: 1-855-692-6442</p>
ARKANSAS-Medicaid	FLORIDA-Medicaid
<p>Website: http://myarhipp.com/</p> <p>Telefone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Website: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html</p> <p>Telefone: 1-877-357-3268</p>
GEORGIA-Medicaid	MAINE-Medicaid
<p>Website HIPP: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp</p> <p>Telefone: 678-564-1162, Pressione 1 GA CHIPRA</p> <p>Website: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra</p> <p>Telefone: (678) 564-1162, Digite 2</p>	<p>Website para Cadastro: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Telefone: 1-800-442-6003</p> <p>TTY: Linha Direta Maine 711</p> <p>Webpage de Mensalidades de Plano de Saúde Privado: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms</p> <p>Telefone: -800-977-6740.</p> <p>TTY: Linha Direta Maine 711</p>
INDIANA-Medicaid	MASSACHUSETTS-Medicaid and CHIP

<p>Plano de Saúde Indiana para adultos de baixa renda 19-64</p> <p>Website: http://www.in.gov/fssa/hip/</p> <p>Telefone: 1-877-438-4479</p> <p>Todas questões Medicaid</p> <p>Website: https://www.in.gov/medicaid/</p> <p>Telefone: 1-800-457-4584</p>	<p>Website: https://www.mass.gov/masshealth/pa</p> <p>Telefone: 1-800-862-4840</p>
IOWA-Medicaid and CHIP (Hawki)	MINNESOTA-Medicaid
<p>Website Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members</p> <p>Telefone Medicaid: 1-800-338-8366</p> <p>Website Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki</p> <p>Telefone Hawki: 1-800-257-8563</p> <p>Website HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp</p> <p>Telefone HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Website: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp</p> <p>Telefone: 1-800-657-3739</p>
KANSAS-Medicaid	MISSOURI-Medicaid
<p>Website: https://www.kancare.ks.gov/</p> <p>Telefone: 1-800-792-4884</p>	<p>Website: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm</p> <p>Telefone: 573-751-2005</p>
KENTUCKY-Medicaid	MONTANA-Medicaid
<p>Programa Integrado de Pagamento de Mensalidades de Plano de Saúde Kentucky (KI-HIPP)</p> <p>Website: https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx</p> <p>Telefone: 1-855-459-6328</p> <p>E-mail: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov</p> <p>Website KCHIP: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx</p> <p>Telefone: 1-877-524-4718</p> <p>Website Kentucky Medicaid: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Website: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP</p> <p>Telefone: 1-800-694-3084</p>
LOUISIANA-Medicaid	NEBRASKA-Medicaid
<p>Website: www.medicaid.la.gov ou www.ldh.la.gov/lahipp</p> <p>Telefone: 1-888-342-6207 (Linha Direta Medicaid) ou 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Website: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov</p> <p>Telefone: 1-855-632-7633</p> <p>Lincoln: 402-473-7000</p> <p>Omaha: 402-595-1178</p>
NEVADA-Medicaid	SOUTH CAROLINA-Medicaid

Website Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Telefone Medicaid: 1-800-992-0900	Website: https://www.scdhhs.gov Telefone: 1-888-549-0820
NEW HAMPSHIRE-Medicaid	SOUTH DAKOTA-Medicaid
Website: https://www.dhhs.nh.gov/oii/hipp.htm Telefone: 603-271-5218 Telefone gratuito para o programa HIPP: 1-800-852-3345, Ramal 5218	Website: http://dss.sd.gov Telefone: 1-888-828-0059
NEW JERSEY-Medicaid e CHIP	TEXAS-Medicaid
Website Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Telefone Medicaid: 609-631-2392 Website CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Telefone CHIP: 1-800-701-0710	Website: http://gethipptexas.com/ Telefone: 1-800-440-0493
NEW YORK-Medicaid	UTAH-Medicaid e CHIP
Website: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Telefone: 1-800-541-2831	Website Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Website CHIP: http://health.utah.gov/chip Telefone: 1-877-543-7669
NORTH CAROLINA-Medicaid	VERMONT-Medicaid
Website: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Telefone: 919-855-4100	Website: http://www.greenmountaincare.org/ Telefone: 1-800-250-8427
NORTH DAKOTA-Medicaid	VIRGINIA-Medicaid e CHIP
Website: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Telefone: 1-844-854-4825	Website: https://www.coverva.org/en/famis-select https://www.coverva.org/en/hipp Telefone Medicaid: 1-800-432-5924 Telefone CHIP: 1-800-432-5924 E-mail: HIPPcustomerservice@dmas.virginia.gov
OKLAHOMA-Medicaid e CHIP	WASHINGTON-Medicaid
Website: http://www.insureoklahoma.org Telefone: 1-888-365-3742	Website: https://www.hca.wa.gov/ Telefone: 1-800-562-3022
OREGON-Medicaid	WEST VIRGINIA-Medicaid e CHIP
Website: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Telefone: 1-800-699-9075	Website: https://dhhr.wv.gov/bms/ http://mywvhipp.com/ Telefone Medicaid: 304-558-1700 Telefone Gratuito do CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
PENNSYLVANIA-Medicaid	WISCONSIN-Medicaid and CHIP

Website: https://www.dhs.pa.gov/Services/Assistance/Pages/HIPP-Program.aspx Telefone: 1-800-692-7462	Website: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Telefone: 1-800-362-3002
RHODE ISLAND-Medicaid and CHIP	WYOMING-Medicaid
Website: http://www.eohhs.ri.gov/ Telefone: 1-855-697-4347, ou 401-462-0311 (Linha Direta RIte)	Website: https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/ Telefone: 1-800-251-1269

Para verificar se algum outro estado lançou um programa de bolsa-prêmio desde 31 de janeiro de 2023, ou para maiores informações sobre direitos de inscrição especial, entre em contato com:

Departamento de Trabalho dos EUA Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA
 Administração de Segurança de Centro de Serviços Medicare & Medicaid Benefícios de Funcionários

www.cms.hhs.gov

1-877-267-2323, Escolha 4 do Menu, Ramal 61565

www.dol.gov/agencies/ebsa

1-866-444-EBSA (3272)