

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 elegíveis e cônjuges podem receber pontos HRA ao participar das atividades descritas no panfleto desta brochura. Um ponto é igual a um dólar, e cada um dos membros inscritos podem receber crédito de, no máximo, 1,000 pontos por Ano do Plano. Pontos para incentivos de atividades de bem-estar completadas serão depositados nas contas HRA (ou contas HSA para aqueles inscritos no Plano de Saúde de Franquia Elevada da RCAB) com HealthEquity.

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 critério alternativo. Você pode fazer o pedido para uma acomodação adequada ou um critério alternativo entrando em contato com Donna 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 identificáveis de saúde. 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 pessoalmente 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, trocadas, transferidas ou de alguma forma divulgadas, com exceção do 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 um 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.

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, muito menos será sujeito a retaliações se você escolher não participar.

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

Comunicados Importantes

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, da mesma forma, pode dar alta a ambos antes do prazo acima (após consultar a mãe).

Women's Health and Cancer Rights Act

O plano de saúde da Arquidiocese Católica Romana de Boston (o "Plano"), conforme exigido pela Women's Health and Cancer Rights Act 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.

Adesão Especial pela lei HIPAA

Caso possua outro plano de saúde e, por isso, não tenha feito a sua adesão ao Plano Arquidiocese de Boston Health Benefit, tanto você quanto seus dependentes (incluindo seu cônjuge) podem aderir a algumas coberturas deste plano mesmo fora do período de adesão, desde que você faça a solicitação 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 entrega para adoção, é possível fazer a sua adesão, bem como dos seus dependentes elegíveis, desde que você a solicite em até 30 dias após o casamento, nascimento, adoção ou colocação para adoção.

Medicaid/CHIP - Adesão Especial

O Arquidiocese de Boston Health Benefit Trust (o "Plano") também possui uma oportunidade especial de adesão para os funcionários e respectivos dependentes elegíveis que:

- Tenham perdido a cobertura do Medicaid ou do Children's Health Insurance Program (CHIP) por não serem mais elegíveis, ou
- Tornem-se elegíveis para um programa estatal de auxílio-prêmio (premium assistance) do Medicaid ou CHIP.

Para essas oportunidades, você terá 60 dias - em vez de 30 - a partir da data da alteração da elegibilidade para o Medicaid/CHIP, para solicitar a adesão ao Plano. Vale destacar que este prazo de 60 dias não se aplica a nenhuma outra oportunidade que não a de alteração de elegibilidade ao Medicaid/CHIP.

Para mais informações, consulte o comunicado anexo.

Lembrete de Aviso de Privacidade da HIPAA

As regras de privacidade sob o Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) exigem que o Arquidiocese de Boston Health Benefit Trust (o "Fundo") envie periodicamente um lembrete aos participantes sobre a disponibilidade do Aviso de Privacidade do Plano e como obtê-lo. O Aviso de Privacidade explica os direitos dos participantes e os deveres legais do Plano em relação às informações de saúde protegidas (Protected Health Information, PHI) e como o Plano pode usar e divulgar as PHI.

Para mais informações e obtenção de uma cópia do Aviso de Privacidade, entre em contato com o Departamento de Benefícios pelo telefone (617) 746-5640 ou acesse 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 à luz da lei HIPAA.

Auxílio-Prêmio do Medicaid e Children's Health Insurance Program (CHIP)

Se você ou seus filhos forem elegíveis ao Medicaid ou CHIP, e se você também 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 seus 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; entretanto, existe a opção de comprar uma cobertura de seguro individual por meio do Health Insurance Marketplace. Para mais informações, acesse www.healthcare.gov.

Se você ou seus dependentes já fizeram a adesão ao 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 NÃO façam parte do Medicaid ou CHIP, mas se achar que você ou algum dos seus dependentes possam ser elegíveis para qualquer um desses programas, entre em contato com o escritório do Medicaid ou CHIP do seu estado pelo telefone **1-877-KIDS NOW**, ou acesse www.insurekidsnow.gov para descobrir como solicitar. Caso se qualifique, pergunte se o seu estado possui um programa que ajuda a pagar os 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 tem de permitir sua adesão ao plano, caso você ainda não faça parte dele. Isso é chamado de oportunidade de "adesão especial" e **você tem de solicitar a cobertura no prazo de até 60 dias após ter sido considerado elegível para o auxílio-prêmio**. Se tiver dúvidas sobre a adesão ao plano do seu empregador, entre em contato com o Department of Labor pelo site www.askebsa.dol.gov ou ligue para **1-866-444-EBSA (3272)**.

Caso resida em um dos estados a seguir, você pode ser elegível para o auxílio pagando os prêmios do seu plano de saúde do empregador. A lista de estados a seguir foi está em vigor desde 31 de janeiro de 2021. Contate o seu Estado para mais informações sobre elegibilidade -

ALABAMA - Medicaid	COLORADO – Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) & Child Health Plan Plus (CHP+)
Site: http://myalhipp.com/ Telefone: 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 Health Insurance Premium Payment - AK Site: http://myakhipp.com/ Telephone: 1-866-251-4861 E-mail: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidade Medicaid: http://dhss.alaska.gov/dpa/Pages/medicaid/default.aspx</p>	<p>Site: https://www.flmedicaidtprecovery.com/flmedicaidtprecovery.com/hipp/index.html Telephone: 1-877-357-3268</p>
ARKANSAS - Medicaid	GEORGIA - Medicaid
<p>Site: http://myarhipp.com/ Telephone: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)</p>	<p>Site: https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Telephone: 678-564-1162 ext 2131</p>
IOWA – Medicaid and CHIP (Hawki)	MONTANA – Medicaid
<p>Site do Medicaid: https://dhs.iowa.gov/ime/members Telefone do Medicaid: 1-800-338-8366 Site do Hawki: http://dhs.iowa.gov/Hawki Telefone do Hawki: 1-800-257-8563 Site do HIPP: https://dhs.iowa.gov/ime/members/medicaid-a-to-z/hipp Telefone do HIPP: 1-888-346-9562</p>	<p>Site: http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP Telephone: 1-800-694-3084</p>
KANSAS - Medicaid	NEBRASKA – Medicaid
<p>Site: https://www.kancare.ks.gov/ Telephone: 1-785-296-3512</p>	<p>Site: http://www.ACCESSNebraska.ne.gov Telephone: (855) 632-7633 Lincoln: (402) 473-7000 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 Phone: 1-855-459-6328 Email: KIHIPP.PROGRAM@ky.gov KCHIP Website: https://kidshealth.ky.gov/Pages/index.aspx Phone: 1-877-524-4718 Kentucky Medicaid Website: https://chfs.ky.gov</p>	<p>Site do Medicaid: http://dhcfp.nv.gov Telefone do Medicaid: 1-800-992-0900</p>
LOUISIANA - Medicaid	NEW HAMPSHIRE - Medicaid
<p>Website: www.medicaid.la.gov or www.ldh.la.gov/lahipp Phone: 1-888-342-6207 (Medicaid hotline) or 1-855-618-5488 (LaHIPP)</p>	<p>Site: https://www.dhhs.nh.gov/oi/hipp.htm Telephone: 603-271-5218 Ligação gratuita: 1-800-852-3345, ramal 4344 ou 5218 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>Site: https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms Telephone: 1-800-442-6003 TDD (telefone para deficientes auditivos): Retransmissão do 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 e CHIP</p> <p>Site do Medicaid: http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/ Telefone do Medicaid: 609-631-2392 Site do CHIP: http://www.njfamilycare.org/index.html Telefone do CHIP: 1-800-701-0710</p>
<p align="center">MASSACHUSETTS - Medicaid e CHIP</p> <p>Site: https://www.mass.gov/info-details/masshealth-premium-assistance-pa Telephone: 1-800-862-4840</p>	<p align="center">NEW YORK - Medicaid</p> <p>Site: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ Telefone: 1-800-541-2831</p>
<p align="center">CALIFORNIA – Medicaid</p> <p>Site: Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program http://dhcs.ca.gov/hipp Telephone: 916-445-8322 Email: HIPP@dhcs.ca.gov</p>	<p align="center">INDIANA – Medicaid</p> <p>Healthy Indiana Plan for low-income adults 19-64 Site: http://www.in.gov/fssa/hip/ Telefone: 1-877-438-4479 All other Medicaid Site: http://www.indianamedicaid.com Telefone: 1-800-403-0864</p>
<p align="center">MINNESOTA - Medicaid</p> <p>Site: https://mn.gov/dhs/people-we-serve/children-and-families/health-care/health-care-programs/programs-and-services/other-insurance.jsp Telefone: 1-800-657-3739</p>	<p align="center">NORTH CAROLINA – Medicaid</p> <p>Site: https://medicaid.ncdhhs.gov/ Telefone: 919-855-4100</p>
<p align="center">MISSOURI - Medicaid</p> <p>Site: http://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm Telefone: 573-751-2005</p>	<p align="center">NORTH DAKOTA - Medicaid</p> <p>Site: http://www.nd.gov/dhs/services/medicalserv/medicaid/ Telefone: 1-844-854-4825</p>
<p align="center">OKLAHOMA - Medicaid e CHIP</p> <p>Site: http://www.insureoklahoma.org Telefone: 1-888-365-3742</p>	<p align="center">UTAH – Medicaid e CHIP</p> <p>Site do Medicaid: https://medicaid.utah.gov/ Site do CHIP: http://health.utah.gov/chip Telefone: 1-877-543-7669</p>
<p align="center">OREGON – Medicaid</p> <p>Site: http://healthcare.oregon.gov/Pages/index.aspx http://www.oregonhealthcare.gov/index-es.html Telefone: 1-800-699-9075</p>	<p align="center">VERMONT– Medicaid</p> <p>Site: http://www.greenmountaincare.org/ Telefone: 1-800-250-8427</p>
<p align="center">PENNSYLVANIA - Medicaid</p> <p>Site: https://www.dhs.pa.gov/providers/Providers/Pages/Medical/HIPP-Program.aspx Telefone: 1-800-692-7462</p>	<p align="center">VIRGINIA - Medicaid e CHIP</p> <p>Site: https://www.coverva.org/hipp/ Telefone do Medicaid: 1-800-432-5924 Telefone do CHIP: 1-855-242-8282</p>

RHODE ISLAND - Medicaid	WASHINGTON - Medicaid
Site: http://www.eohhs.ri.gov/ Telefone: 1-855-697-4347, or 401-462-0311 (Direct RIte Share Line)	Site: https://www.hca.wa.gov/ Telefone: 1-800-562-3022
SOUTH CAROLINA - Medicaid	WEST VIRGINIA - Medicaid
Site: https://www.scdhhs.gov Telefone: 1-888-549-0820	Site: http://mywvhipp.com/ Ligação gratuita: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)
SOUTH DAKOTA - Medicaid	WISCONSIN - Medicaid e CHIP
Site: http://dss.sd.gov Telefone: 1-888-828-0059	Site: https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm Telefone: 1-800-362-3002
TEXAS - Medicaid	WYOMING - Medicaid
Site: http://gethipptexas.com/ Telefone: 1-800-440-0493	Site: https://wyequalitycare.acs-inc.com/ Telefone: 307-777-7531

Para verificar se, depois de 31 de janeiro de 2021, algum outro estado lançou um programa de bolsa-prêmio, ou para obter mais informações sobre direitos a adesão especial, entre em contato com:

U.S. Department of Labor
Employee Benefits Security Administration
(Administração de Segurança
de Benefícios de Funcionários)
www.dol.gov/agencies/ebsa
1-866-444-EBSA (3272)

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
(Centros do Medicare e Medicaid Services)
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opção 4 do menu, ramal 61565



Comunicado importante do Arquidiocese Católica Romana de Boston Health Benefit Trust sobre Creditable Prescription Drug Coverage (Cobertura Creditável de Medicamentos Vendidos com Receita) e o Medicare Maio de 2021

O objetivo deste comunicado é esclarecer que espera-se que o pagamento pela cobertura dos medicamentos vendidos com receita médica listados abaixo, realizado pelo Arquidiocese de Boston Health Benefit Trust Health Plan (o “Plano”) seja, em média, tanto quanto o Medicare pagará de cobertura padrão de medicamentos vendidos com receita em 2021. Isso é conhecido como “cobertura creditável”.

Por que isso é importante. Se durante 2021, você ou o(s) seu(s) dependente(s) aderiu(ram) a qualquer cobertura de medicamentos vendidos com receita (listados neste comunicado) que sejam ou tenham se tornado cobertos pelo Medicare, poderá(ão) aderir ao plano de medicamentos com receita do Medicare sem qualquer tipo de penalidade por adesão a posteriori - desde que você tenha uma cobertura creditável de 63 dias no seu plano de cobertura de medicamentos vendidos com receita do Medicare. Você deve manter este comunicado guardado junto aos seus registros importantes.

Caso você ou os seus familiares não estejam atualmente cobertos pelo Medicare, ou não se tornem cobertos nos próximos 12 meses, este comunicado não se aplica.

Comunicado sobre Cobertura Creditável

Solicitamos que leia este comunicado com a máxima atenção. Ele apresenta informações sobre a cobertura de medicamentos vendidos com receita do Plano e a cobertura de medicamentos vendidos com receita disponível para quem possui Medicare. Também indica onde encontrar mais informações para ajudá-lo a tomar decisões quanto à cobertura de medicamentos vendidos com receita.

Você pode ter ouvido falar sobre a cobertura de medicamentos vendidos com receita do Medicare (denominada Parte D) e se perguntado como ela afetaria você. A cobertura de medicamentos vendidos com receita está disponível para todos os que possuem planos de medicamentos vendidos com receita do (e pelo) Medicare. Todos os planos de medicamentos vendidos com receita do Medicare fornecem, ao menos, um nível de cobertura padrão definida pelo Medicare. Alguns planos também oferecem mais cobertura, com um pagamento de prêmio mensal mais alto.

A adesão a um plano de medicamentos vendidos com receita do Medicare pode ser realizada quando as pessoas se tornam elegíveis, e anualmente, de 15 de outubro a 7 de dezembro. Os indivíduos que deixarem a cobertura do empregador/sindicato podem ficar elegíveis a um Medicare Special Enrollment Period (Período de Adesão Especial ao Medicare).

Se estiver coberto pelo Plano, você terá interesse em saber que sua cobertura para medicamentos vendidos com receita é, em média, tão boa quanto a cobertura padrão de medicamentos com receita do Medicare para 2021. Isso é chamado de cobertura creditável. A cobertura deste plano ajudará a evitar uma penalidade de adesão tardia à Parte D, caso você seja ou se torne elegível

para o Medicare e, posteriormente, decida aderir a um plano de medicamentos vendidos com receita do Medicare.

Se você ou um funcionário ativo (ou membro da família de um funcionário ativo) decidir aderir a um plano de medicamentos vendidos com receita do Medicare, também poderá continuar com a cobertura do seu empregador. Nesse caso, o plano do empregador continuará pagando de forma primária ou secundária, como antes da sua adesão a um plano de medicamentos vendidos com receita do Medicare. Se você abrir mão ou renunciar à cobertura do Plano, o Medicare será seu único pagador. Você pode aderir novamente ao plano do empregador no período de adesão anual, ou quando houver um evento de adesão especial ao Plano.

Você deve saber que se abrir mão ou renunciar à cobertura do Plano e ficar 63 dias ou mais sem cobertura creditável de medicamentos vendidos com receita (uma vez finalizado o seu período de adesão ao Medicare), o prêmio mensal de Parte D aumentará pelo menos 1% a cada mês sem cobertura creditável. Por exemplo, se você passar 19 meses sem cobertura, o prêmio do plano de medicamentos vendidos com receita do Medicare será, no mínimo, 19% maior do que o valor pago pela maioria dos demais membros. Esse pagamento de prêmio maior é devido desde que você tenha uma cobertura de medicamentos vendidos com receita do Medicare. Além disso, você pode ter que esperar até o próximo mês de novembro para aderir à Parte D.

Futuramente, você poderá receber este comunicado em outros momentos - como antes do próximo período de adesão à cobertura de medicamentos vendidos com receita do Medicare, se houver mudança na cobertura de medicamentos com receita do Plano, ou conforme sua solicitação.

Para mais informações sobre as suas opções de cobertura de medicamentos vendidos com receita do Medicare

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

- Acesse www.medicare.gov para ajuda personalizada.
- Ligue para o seu State Health Insurance Assistance Program (consulte o guia *Medicare & You* para obter o número de telefone).
- Ligue 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 ainda uma ajuda extra para o pagamento de um plano de medicamentos vendidos com receita do Medicare. As informações sobre essa ajuda extra estão disponíveis na Social Security Administration (SSA). Para mais informações sobre essa ajuda extra, acesse a SSA on-line em www.socialsecurity.gov ou ligue 1-800-772-1213 (TDD 1-800-325-0778).

Lembre-se: Guarde este comunicado. Caso queira aderir a um plano de medicamentos vendidos com receita do Medicare após finalizado o período de adesão, pode ser necessário fornecer uma cópia deste comunicado para aderir 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 com receita, entre em contato com: Carol Gustavson, Plan Administrator, 66 Brooks Drive, Braintree, MA 02184; (617) 746-5830; benefits@rcab.org; www.bostoncatholicbenefits.org.