

Lista de Verificación de Ayuda Adicional para Medicamentos Recetados



¿Recibió Ayuda adicional, Asistencia de Subsidios por Bajos Ingresos, para pagar los costos de sus medicamentos con receta en el 2021? Para recibir nuevamente la asistencia el próximo año, debe solicitar la recertificación. Es posible que ya sea apto para recibir la Ayuda Adicional en el 2022, pero sus copagos y primas son más altos de lo esperado. En cualquier caso, puede enviarnos copias de su Mejor Evidencia Disponible (BAE).

La Mejor Evidencia Disponible incluye los documentos que demuestran que usted califica para la Ayuda Adicional. Una vez que hayamos validado la Mejor Evidencia Disponible con Medicaid/Medicare, actualizaremos su estado de Asistencia de Subsidio por Bajos Ingresos lo más rápido posible.

A continuación, se presentan los documentos en los que se indica que usted califica. Envíe una copia de uno o más de los documentos de la siguiente lista de verificación, y marque aquellos que está enviando. (Incluya también esta lista de verificación). Para consultar algunos ejemplos, busque el sitio web de su plan que aparece en las páginas siguientes.

- ✓ Tarjeta de Medicaid que incluya su nombre y fecha de elegibilidad por un período de un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Copia de un documento estatal en el que se confirma el estado activo de Medicaid por un período de un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Carta de aprobación de la Administración del Seguro Social (SSA) en la que se determina su elegibilidad para recibir un subsidio total o un subsidio parcial
- ✓ Una copia impresa del archivo electrónico de inscripción del Estado en el que se demuestra el estado de Medicaid por un período de un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Impresión de pantalla de los sistemas de Medicaid de su estado en la que se demuestre el estado de Medicaid por un período de un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Otra documentación proporcionada por su estado en la que se demuestra el estado de Medicaid por un período de un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Documento estatal en el que se confirma el pago de Medicaid en nombre de la persona a la instalación por un período de un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior
- ✓ Impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid en la que se demuestra el estado institucional de la persona en función de una estadía mínima de un mes calendario para fines de pago de Medicaid por un período de un mes después de junio del año calendario anterior

(continúa en la siguiente página)

- ✓ Un aviso de remesa de la instalación en el que se demuestra el pago de Medicaid por un período de un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Una carta del Seguro Social en la que se demuestra que usted recibe beneficios del programa de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ✓ Una solicitud presentada por la persona considerada elegible en la que se confirma su estado de “... automáticamente elegible para la 'Ayuda Adicional'”
- ✓ Una Notificación de Acción, Notificación de Determinación o Notificación de Inscripción emitida por el Estado, en la que se incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad para los Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad (HCBS) por un período de un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Un Plan de Servicios HCBS aprobado por el Estado en el que se incluye el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el Estado para los HCBS, en la que se incluye el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigor durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Cualquier otra documentación estatal en la que se demuestra el estado de elegibilidad para los HCBS durante un mes después de junio del año calendario anterior; o
- ✓ Un documento emitido por el Estado, como un aviso de remesa, en el que se confirma el pago del HCBS y que incluye el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS



Para obtener más información, visite el sitio Web de la publicación “Medicare & You” (Medicare y usted) en:

<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf>

O utilice el siguiente enlace para ver la página BAE de los Centros para servicios de Medicare y Medicaid (CMS):

https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html



Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para enviar documentos, llame a la línea gratuita de Servicios para Miembros al número que aparece en las siguientes páginas según su estado y plan:

Estamos a Solo Una Llamada de Distancia

ARKANSAS

+ HMO, HMO D-SNP

☎ 1-855-565-9518

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellAR

ARIZONA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP

☎ 1-800-977-7522

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellAZ

CALIFORNIA

+ HMO, HMO C-SNP, HMO D-SNP, PPO

☎ 1-800-275-4737

📄 O bien, visite www.wellcare.com/healthnetCA

FLORIDA

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-935-8022

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellFL

GEORGIA

+ HMO

☎ 1-844-890-2326

+ HMO D-SNP

☎ 1-877-725-7748

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellGA

INDIANA

+ HMO, PPO

☎ 1-855-766-1541

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-202-4704

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellIN

KANSAS

+ HMO, PPO

☎ 1-855-565-9519

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-402-6707

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellKS

LOUISIANA

+ HMO

☎ 1-855-766-1572

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-541-0767

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellLA

MISSOURI

+ HMO

☎ 1-855-766-1452

+ HMO D-SNP

☎ 1-833-298-3361

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellMO

MISSISSIPPI

+ HMO
☎ 1-844-786-7711

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-260-4124

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellMS

NEBRASKA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-542-0693

+ HMO D-SNP, PPO D-SNP
☎ 1-833-853-0864

📄 O bien, visite www.wellcare.com/NE

NEVADA

+ HMO, HMO C-SNP, PPO
☎ 1-833-854-4766

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-717-0806

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellNV

NEW MEXICO

+ HMO, PPO
☎ 1-833-543-0246

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-810-7965

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellNM

NEW YORK

+ HMO, HMO-POS, HMO D-SNP
☎ 1-800-247-1447

📄 O bien, visite www.wellcare.com/fidelisNY

OHIO

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1851

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-389-7690

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellOH

OKLAHOMA

+ HMO, PPO
☎ 1-833-853-0865

+ HMO D-SNP
☎ 1-833-853-0866

📄 O bien, visite www.wellcare.com/OK

OREGON

+ HMO, PPO
☎ 1-844-582-5177

📄 O bien, visite www.wellcare.com/healthnetOR

+ HMO D-SNP
☎ 1-844-867-1156

📄 O bien, visite www.wellcare.com/trilliumOR

PENNSYLVANIA

+ HMO, PPO
☎ 1-855-766-1456

+ HMO D-SNP
☎ 1-866-330-9368

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellPA

SOUTH CAROLINA

+ HMO, HMO D-SNP
☎ 1-855-766-1497

📄 O bien, visite www.wellcare.com/allwellSC

TEXAS

 HMO

 **1-844-796-6811**

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8023**

 O bien, visite www.wellcare.com/allwellTX

WISCONSIN

 HMO D-SNP

 **1-877-935-8024**

 O bien, visite www.wellcare.com/allwellWI

WASHINGTON

 PPO

 **1-844-582-5177**

 O bien, visite www.wellcare.com/healthnetOR

TTY PARA TODOS LOS ESTADOS: 711

HORARIO DE ATENCIÓN

 **Del 1 de octubre al 31 de marzo:** de lunes a domingo, de 8 a.m. a 8 p.m.

 **Del 1 de abril al 30 de septiembre:** de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m.

Wellcare es la marca de Medicare para Centene Corporation, un plan HMO, PPO, PFFS, PDP que tiene un contrato con Medicare y es un Patrocinador aprobado de la Parte D. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato.

<<Para los miembros de los planes New Mexico D-SNP:>> estos servicios se financian, en parte, con el estado de New Mexico.

<<Para los miembros de Louisiana D-SNP:>> Como miembro de WellCare HMO D-SNP, usted tiene cobertura de Medicare y de Medicaid. Usted recibe su cobertura de atención médica y medicamentos con receta de Medicare a través de WellCare y, además, es elegible para recibir servicios adicionales de atención médica y cobertura a través de Louisiana Medicaid. Para obtener más información acerca de los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, visite <https://www.myplan.healthy.la.gov/myaccount/choose/find-provider>. Para obtener información detallada acerca de los beneficios de Louisiana Medicaid, visite el sitio web de Medicaid, <https://ldh.la.gov/medicaid>, y seleccione el enlace “Learn about Medicaid Services” (Obtener información sobre los servicios de Medicaid).

ATENCIÓN: Si habla español, contamos con servicios de asistencia lingüística que se encuentran disponibles para usted de manera gratuita. Llame al número de Servicios para Miembros que se indica para su estado en la página siguiente.

注意：如果您說中文，您可以免費獲得語言援助服務。請撥打針對您所在州列示於下一頁的會員服務部電話號碼。

Chú ý: Nếu quý vị nói tiếng Việt, dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ có sẵn miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi số điện thoại của bộ phận Dịch Vụ Thành Viên thuộc bang của quý vị ở trang tiếp theo.

주의사항: 한국어를 구사할 경우, 언어 보조 서비스를 무료로 이용 가능합니다. 다음 페이지에서 가입자의 주에 해당하는 목록 내 가입자 서비스부 번호로 전화해 주십시오.

Atensyon: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, may mga available na libheng tulong sa wika para sa iyo. Tumawag sa numero ng Mga Serbisyo para sa Miyembro na nakalista para sa iyong estado sa susunod na page.

Dumngeg: No agsasau ka iti Ilokano, dagiti tulong nga serbisio, a libre, ket available para kaniam. Awagam iti numero dagiti serbisio iti Miyembro a nakalista para iti estadom iti sumaruno a panid.

La Silafia: Afai e te tautala i le gagana Samoa, o lo’o avanoa ia te oe ‘au’aunaga fesoasoani i le gagana, e leai se totogi. Vala’au le Member Services numera lisiina mo lou setete i le isi itulau.

Maliu: Ke wala’au Hawai’i ‘oe, loa’a ke kōkua ma ka unuhi ‘ōlelo me ke kākī ‘ole. E kelepona i ka helu kelepona o ka Māhele Kōkua Hoa i hō’ike ‘ia no kou moku’āina ma kēia ‘ao’ao a’e.

