Lista de Verificación de Fármacos con Receta de Ayuda Adicional

¿Recibió Ayuda Adicional (“Extra Help”), Asistencia de subsidios por bajos ingresos, para pagar los costos de sus medicamentos con receta en 2022? Para obtener asistencia nuevamente este año, debe solicitar una nueva certificación. Es posible que ya sea apto para recibir la Ayuda Adicional en 2023, pero sus copagos y primas son más altos de lo esperado. En cualquiera de los casos, puede enviar copias de sus Mejores Pruebas Disponibles (BAE) a nosotros.

La Mejor evidencia disponible incluye los documentos que demuestran que usted califica para la Ayuda Adicional. Una vez que validemos con Medicaid/Medicare sus Mejores Pruebas Disponibles, actualizaremos su estado de Subsidio de Asistencia por Bajos Ingresos tan pronto como sea posible.

Los documentos que demuestran que usted califica se muestran a continuación. 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 ver ejemplos, busque el sitio web de su plan en las siguientes páginas.

- ✓ Tarjeta Medicaid que incluya su nombre y fecha de elegibilidad durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Copia de un documento estatal que confirma el estado activo de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Carta de adjudicación de la Administración del Seguro Social (SSA) para determinar su admisibilidad para recibir un subsidio completo o parcial
- ✓ Una copia impresa del archivo de inscripción electrónica del Estado que muestra el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año anterior
- ✓ Impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid que muestra el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Cualquier otra documentación estatal donde se muestra el estado de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Documento estatal donde se confirma el pago de Medicaid en representación de la persona a la institución por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior
- ✓ Impresión de pantalla del sistema estatal de Medicaid, donde se muestra el estado institucional de la persona en base a una estadía mínima de un mes calendario para fines de pago de Medicaid durante un mes después de junio del año calendario anterior

(continúa en la siguiente página)

Y0020_CNC_103379S_C Internal Approved 09132022
©Wellcare 2022
CA3CNCLTR10118S_0000

- ✓ Un aviso de remesa de la instalación que muestra el pago de Medicaid por un mes calendario completo durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Una carta del Seguro Social que demuestre que usted recibe beneficios del programa de Seguridad de ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
- ✓ Una solicitud presentada por ser considerado elegible y que confirme "…elegible automáticamente para recibir "Ayuda Adicional""
- ✓ Una Notificación de acción, Notificación de determinación o Notificación de inscripción emitida por el Estado, que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de elegibilidad a los Servicios basados en el hogar y la comunidad (Home and Community Based Services, HCBS) durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Un plan de servicios HCBS aprobado por el Estado, que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Una carta de aprobación de autorización previa emitida por el Estado para los HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y la fecha de entrada en vigencia durante un mes después de junio del año calendario anterior
- ✓ Cualquier otra documentación estatal donde se muestra 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, confirmando el pago del HCBS, que incluya el nombre del beneficiario y las fechas de los HCBS.

Para obtener más información, visite el sitio web de la publicación "Medicare & You" en: **https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf**

O bien, utilice el siguiente enlace para ver la página de mejor evidencia disponible (Best Available Evidence, BAE) de CMS:
https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para enviar documentos, llame a Servicios para Miembros al número gratuito 1-800-431-9007 (TTY **711**)

wellcare™

Aviso de No Discriminación

La discriminación es un delito. Wellcare by Health Net cumple con las leyes Estatales y Federales de derechos civiles. Wellcare by Health Net no discrimina ilegalmente, y no excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual.

Wellcare by Health Net proporciona los siguientes servicios:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades a fin de ayudarlos a que se comuniquen mejor, como los siguientes:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles y otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con Wellcare by Health Net llamando al **1-800-431-9007**. Entre el 1 de octubre y el 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a.m. a 8 p.m. Del 1 de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. Se utiliza un sistema de mensajería fuera del horario de atención, los fines de semana y los días festivos federales. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**. Previa solicitud, este documento puede ponerse a su disposición en formato Braille, letra grande, audiocassette o en formato electrónico. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos, llame o escriba a la siguiente dirección:
Wellcare by Health Net
21281 Burbank Blvd.
Woodland Hills, CA 91367
1-800-431-9007
TTY: 711

Cómo Presentar una Queja

Si considera que Wellcare by Health Net no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado ilegalmente por motivos de género, raza, color, religión, ascendencia, nacionalidad, identificación con grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, afección médica, información genética, estado civil, sexo, identidad de género u orientación sexual, puede presentar una queja ante Servicios para Miembros. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Comuníquese con el Coordinador de Derechos Civiles de Wellcare by Health Net llamando al **1-866-458-2208**. De 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY 711**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  Wellcare Civil Rights Coordinator
  P.O. Box 9103
  Van Nuys, CA 91409-9103
- **En persona**: Acuda al consultorio de su médico o a Wellcare by Health Net e indique que desea presentar una queja.
- **Electrónicamente:** Visite el sitio web de Wellcare by Health Net en **www.wellcare.com/healthnetCA**.

Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Servicios de Salud de California

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Salud de California, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-916-440-7370**. Si no puede oír o hablar bien, llame al **TTY 711 (Servicios de Retransmisión de Telecomunicaciones)**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  Deputy Director, Office of Civil Rights
  Department of Health Care Services
  Office of Civil Rights
  P.O. Box 997413, MS 0009
  Sacramento, CA 95899-7413

  Los formularios de queja están disponibles en **http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx**
- **Electrónicamente:** Envíe un correo electrónico a **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

Oficina de Derechos Civiles – Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o género, también puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, por teléfono, por escrito o electrónicamente mediante las siguientes opciones:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a la siguiente dirección:
  U.S. Department of Health and Human Services
  200 Independence Avenue SW
  Room 509F, HHH Building
  Washington, D.C. 20201

  Los formularios de queja están disponibles en **http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.
- **Electrónicamente**: Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**.

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY:**711**) تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY:**711**) وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian). ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY՝ **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-888-431- 9007** (TTY՝ **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian)៖ ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរផុសសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431- 9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese)：注意：如果您需要以您母語提供的協助，請致電 **1-888-431-9007** (TTY：**711**)。我們也為殘殘疾人士提供輔助和服務，例如點字和大字體印刷的文件。請致電 **1-888-431-9007** (TTY：**711**)。這些服務為免費服務。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره (TTY: **711**) **1-888-431-9007** تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است، مانند اسناد با خط بریل و چاپ درشت. با شماره (TTY **711**) **1-888-431-9007** تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो 1-888-431-9007 (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語（Japanese）：注意：言語のヘルプが必要な場合は **1-888-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。**1-888-431-9007**（TTY：**711**）までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어(Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-888-431-9007 (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007**(TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສຳຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ 1-888-431-9007 (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມ ຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຟຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hnangv zing mangc mv buatc lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫ਼ਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท1-888-431-9007 (TTY: **711**) **เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ 1-888-431-9007** (TTY: **711**) **บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย**

Українська (Ukrainian). УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-888- 431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.