

# Medicamento recetado

## Lista de verificación de Ayuda Adicional

.....

### **CUANDO SE TRATA DE PAGAR LOS COSTOS DE SUS MEDICAMENTOS RECETADOS, PODRÍA SER ELEGIBLE PARA UN PROGRAMA LLAMADO “AYUDA ADICIONAL” (EXTRA HELP), TAMBIÉN CONOCIDO COMO *SUBSIDIO POR BAJOS INGRESOS*.**

Tal vez haya recibido Ayuda Adicional en el pasado para pagar sus copagos o primas, y le gustaría inscribirse de nuevo en el programa. O puede que ya reciba Ayuda Adicional, pero sus costos sean más elevados de lo que pensaba. En ambos casos, puede actualizar el monto de la Ayuda Adicional que recibe mediante un proceso denominado recertificación. Como parte de este proceso, deberá enviarnos copias de su *mejor evidencia disponible* (BAE).

En el proceso de recertificación, utilizamos la información que nos envía para asegurarnos de que sigue siendo elegible para recibir Ayuda Adicional. La BAE aporta elementos que respaldan su permanencia en el programa. Compartiremos la información que nos envíe con Medicaid/Medicare. Luego, podremos actualizar el monto de Ayuda Adicional que recibe.

A continuación, se enumeran los aspectos que demuestran que califica para recibir Ayuda Adicional. Envíe una copia de uno o más elementos de la siguiente lista de verificación. Marque los documentos que envíe en la lista de verificación. **Asegúrese de incluir la lista de verificación cuando nos envíe su BAE.**

- Una tarjeta de Medicaid que tenga su nombre y fecha de elegibilidad en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una copia de un documento estatal que confirme su situación activa en Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una carta de asignación de la Administración del Seguro Social (SSA) para determinar la elegibilidad para un subsidio total o parcial.
- Un documento impreso del archivo estatal de inscripción electrónica que muestre su situación en Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Un documento impreso del sistema estatal de Medicaid que muestre su situación en Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Otro documento estatal que muestre su situación en Medicaid en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Un documento estatal que muestre que Medicaid efectuó un pago en su nombre a un centro por un mes calendario completo después de junio del año calendario anterior.

- Un documento impreso del sistema estatal de Medicaid que muestre su situación institucional, en función de una estadía de al menos un mes calendario completo en un mes posterior a junio del año calendario anterior, con el fin de determinar los pagos de Medicaid.
- Giro de un centro que muestre los pagos de Medicaid correspondientes a un mes calendario completo en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una carta del Seguro Social que muestre que recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Una solicitud presentada por una persona considerada elegible que confirma que el beneficiario es automáticamente elegible para recibir Ayuda Adicional.
- Un aviso de acción, aviso de determinación o aviso de inscripción del estado que tenga su nombre y la fecha de elegibilidad para servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Un plan de HCBS del estado que tenga su nombre y fecha de entrada en vigor que comience en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Una carta de aprobación de autorización previa del estado para HCBS que tenga su nombre y fecha de entrada en vigor que comience en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Otra documentación del estado que demuestre la condición de elegibilidad para HCBS en un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Un documento del estado, como un aviso de giro, que confirme el pago de HCBS y que contenga su nombre y las fechas de HCBS.



Para obtener más información, consulte la publicación Medicare y Usted (“Medicare & You”) en: **[medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-Medicare-and-You.pdf)**.



O consulte la página de BAE de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid: **[cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best\\_Available\\_Evidence\\_Policy.html](https://www.cms.gov/Medicare/Prescription-Drug-Coverage/PrescriptionDrugCovContra/Best_Available_Evidence_Policy.html)**.



Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para presentar los documentos, llame al número gratuito de Servicios al Miembro que figura en el reverso de su tarjeta de ID de miembro. Del 1.º de octubre al 31 de marzo, puede llamarnos los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m. Del 1.º de abril al 30 de septiembre, puede llamarnos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. Fuera del horario de atención, los fines de semana y los feriados nacionales, se utiliza un sistema de mensajería.

**Multi-Language Insert**  
**Multi-language Interpreter Services**

Form Approved  
OMB# 0938-1421

**English:** We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

**Spanish:** Contamos con los servicios gratuitos de un intérprete para responder las preguntas que tenga sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Alguien que habla español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

**Chinese Mandarin:** 我们提供免费的口译服务，可解答您对我们的健康或药物计划的有关疑问。如需译员，请拨打 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。您将获得讲汉语普通话的译员的帮助。这是一项免费服务。

**Chinese Cantonese:** 我們提供免費的口譯服務，可解答您對我們的健康或藥物計劃可能有的任何疑問。如需口譯員服務，請致電 **1-800-275-4737** (TTY: **711**)。會說廣東話的人員可以幫助您。此為免費服務。

**Tagalog:** May mga libre kaming serbisyo ng interpreter para sagutin ang anumang posible ninyong tanong tungkol sa aming planong pangkalusugan o plano sa gamot. Para kumuha ng interpreter, tawagan lang kami sa **1-800-275-4737** (TTY: **711**). May makakatulong sa inyo na nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libheng serbisyo.

**French:** Nous proposons des services d'interprètes gratuits pour répondre à toutes vos questions sur notre régime de santé ou de médicaments. Pour obtenir les services d'un interprète, appelez-nous au **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Quelqu'un parlant français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

**Vietnamese:** Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào về chương trình sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để nhận thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số điện thoại **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Một nhân viên nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Dịch vụ này được miễn phí.

**German:** Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetschservice, wenn Sie Fragen zu unseren Gesundheits- oder Medikamentenplänen haben. Wenn Sie einen Dolmetscher brauchen, rufen Sie uns unter folgender Telefonnummer an: **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Ein deutschsprachiger Mitarbeiter wird Ihnen behilflich sein. Dieser Service ist kostenlos.

**Korean:** 당사의 건강 또는 의약품 플랜과 관련해서 물어볼 수 있는 모든 질문에 답변하기 위한 무료 통역 서비스가 있습니다. 통역사가 필요한 경우, **1-800-275-4737**(TTY: **711**)번으로 당사에 연락해 주십시오. 한국어를 구사하는 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 통역 서비스는 무료로 제공됩니다.

**Russian:** Если у вас возникли какие-либо вопросы о нашем плане медицинского страхования или плане с покрытием лекарственных препаратов, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Если вам нужен переводчик, просто позвоните нам по номеру **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Вам окажет помощь сотрудник, говорящий на русском языке. Данная услуга бесплатна.

**Arabic:** نوّقر خدمات ترجمة فورية مجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول خطة الصحة أو الدواء الخاصة بنا. للحصول على مترجم فوري، ما عليك سوى الاتصال بنا على الرقم **1-800-275-4737** (TTY: **711**). يمكن أن يساعدك شخص يتحدث العربية. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

**Hindi:** हमारे स्वास्थ्य या ड्रग प्लान के बारे में आपके किसी भी सवाल का जवाब देने के लिए, हम मुफ्त में दुभाषिया सेवाएं देते हैं। दुभाषिया सेवा पाने के लिए, बस हमें **1-800-275-4737** (TTY: **711**) पर कॉल करें। हिन्दी में बात करने वाला सहायक आपकी मदद करेगा। यह एक निःशुल्क सेवा है।

**Italian:** Sono disponibili servizi di interpretariato gratuiti per rispondere a qualsiasi domanda possa avere in merito al nostro piano farmacologico o sanitario. Per usufruire di un interprete, è sufficiente contattare il numero **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Qualcuno la assisterà in lingua italiana. È un servizio gratuito.

**Portuguese:** Temos serviços de intérprete gratuitos para responder a quaisquer dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Um falante de português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

**French Creole:** Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Yon moun ki pale Kreyòl Ayisyen ka ede w. Se yon sèvis gratis.

**Polish:** Oferujemy bezpłatną usługę tłumaczenia ustnego, która pomoże Państwu uzyskać odpowiedzi na ewentualne pytania dotyczące naszego planu leczenia lub planu refundacji leków. Aby skorzystać z usługi tłumaczenia ustnego, wystarczy zadzwonić pod numer **1-800-275-4737** (TTY: **711**). Zapewni to Państwu pomoc osoby mówiącej po polsku. Usługa ta jest bezpłatna.

**Japanese:** 弊社の健康や薬剤計画についてご質問がある場合は、無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳を利用するには、**1-800-275-4737** (TTY : **711**) にお電話ください。日本語の通訳担当者が対応します。これは無料のサービスです。