

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 durante 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) durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Un plan de servicios HCBS del estado que tenga su nombre y fecha de entrada en vigor que comience durante 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 durante un mes posterior a junio del año calendario anterior.
- Otra documentación del estado que demuestre la condición de elegibilidad para HCBS durante 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.

Envíenos por fax o por correo copias de la mejor evidencia disponible y esta lista de verificación con la información de contacto que sigue. Incluya su nombre, ID de suscriptor y número de teléfono para que podamos comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta.



HAGA EL ENVÍO GRATIS POR FAX DIRECTAMENTE A NUESTRO EQUIPO DE INSCRIPCIÓN:

No urgente: 1-866-889-8241

Urgente: 1-877-844-8531







O HAGA EL ENVÍO POR CORREO:

Wellcare y Wellcare By 'Ohana

Attn: LISOVR

P.O. Box 31392

Tampa, FL 33631-3392

-  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).
-  Los miembros del plan de medicamentos recetados pueden llamar gratis al **1-888-550-5252** (TTY: **711**). 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. Visítenos en cualquier momento en [wellcare.com/PDP](https://www.wellcare.com/PDP) para obtener más información.
-  Si tiene alguna pregunta o es miembro de un plan de beneficios médicos de la Parte B, llame al número gratuito de Servicios al Miembro que figura en el reverso de su tarjeta de ID. 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.

‘Ohana Health Plan, un plan ofrecido por WellCare Health Insurance of Arizona, Inc.

Miembros de Louisiana D-SNP: Como miembro de Wellcare HMO D-SNP, usted tiene cobertura de Medicare y Medicaid. Recibe cobertura de medicamentos recetados y de atención de salud de Medicare a través de Wellcare. También es elegible para recibir cobertura y servicios de atención de salud adicionales a través de Louisiana Medicaid. Para obtener más información sobre los proveedores que participan en Louisiana Medicaid, puede visitar alguno de estos sitios: www.myplan.healthy.la.gov/en/find-provider o <https://www.louisianahealthconnect.com>. Para obtener información detallada sobre 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). No dude en comunicarse con nosotros si necesita una copia impresa de nuestro Directorio de proveedores de Medicaid.

Aviso: TennCare no es responsable del pago de estos beneficios, excepto de los montos de costo compartido correspondientes. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad ni la calidad de estos beneficios. Solo le corresponden a Wellcare Medicare Advantage todos los beneficios que excedan aquellos que Medicare brinda regularmente, y estos no implican un aumento en los beneficios de Medicaid.

Residentes de Washington: Wellcare es ofrecido por Wellcare of Washington, Inc.

Residentes de Washington: Wellcare es ofrecido por WellCare Health Insurance Company of Washington, Inc.