

Ascension Complete

Lista de Verificación de Fármacos con Receta de Ayuda Adicional

¿Recibió Ayuda Adicional, 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 (Social Security Administration, 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

(continúa en la siguiente página)

- ✓ 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
- ✓ 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.html



Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para enviar los documentos, llame a Servicio al Miembro sin cargo al número correspondiente a su estado y plan que se encuentra en las siguientes páginas:

Ascension Complete tiene un contrato con Medicare para los planes HMO y PPO. Nuestros planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Ascension Complete depende de la renovación del contrato.

Ascension Complete

Multi-Language Insert

Multi-Language Interpreter Services

Spanish: Contamos con servicios de interpretación gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o de medicamentos. Para obtener un intérprete, simplemente llámenos a los números del plan que figuran en las siguientes páginas. Alguien que hable español puede ayudarle. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们有免费的口译服务来回答您就我们的健康或药物计划提出的任何问题。如需口译员，只需拨打以下页面上的计划号码致电联系我们。会说中文普通话的人员可以协助您。此为免费服务。

Chinese Cantonese: 我們有免費的口譯服務來回答您就我們的健康或藥物計劃提出的任何問題。如需口譯員，只需撥打以下頁面上的計劃號碼致電聯絡我們。會說粵語的人員可以協助您。此為免費服務。

Tagalog: Meron kaming libreng serbisyo ng interpreter para sagutin anumang tanong na meron ka tungkol sa aming plano ng kalusugan o gamot. Para makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa mga numero ng plano na nasa sumusunod na mga pahina. Matutulongan ka ng sinumang nagsasalita ng Tagalog. Libreng serbisyo ito.

French: Nous disposons de services d'interprétation gratuits pour répondre à toutes les questions que vous pourriez vous poser au sujet de notre régime de soins médicaux ou de notre régime d'assurance-médicaments. Pour bénéficier des services d'un interprète, il suffit de nous appeler aux numéros de régime indiqués dans les pages suivantes. Quelqu'un qui parle français peut vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi cung cấp dịch vụ phiên dịch viên miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào quý vị có về chương trình y tế hoặc thuốc của chúng tôi. Để nhận được dịch vụ phiên dịch, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số điện thoại của chương trình trong các trang sau. Người nào đó nói tiếng Việt có thể giúp quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Wir bieten Ihnen einen kostenlosen Dolmetscherdienst, um alle Ihre Fragen zu unserem Gesundheits- oder Medikamentenplan zu beantworten. Um einen Dolmetscher zu finden, rufen Sie uns einfach unter den auf den folgenden Seiten angegebenen Plan-Nummern an. Jemand, der Deutsch spricht, kann Ihnen helfen. Dieser Service ist für Sie kostenlos.

Korean: 저희의 건강 또는 약품 플랜에 대한 질문에 답해 드릴 수 있는 무료 통역 서비스를 제공합니다. 통역사에게 연결하려면 다음 페이지에 있는 플랜 번호로 전화하시기 바랍니다. 한국어를 하는 분이 도와드릴 수 있습니다. 이 통화는 무료 서비스입니다.

Russian: Мы предоставляем бесплатные услуги устного перевода, чтобы ответить на любые вопросы, которые могут возникнуть у вас о нашем плане медицинского страхования или страхового покрытия лекарственных препаратов. Чтобы получить устного переводчика, просто позвоните нам по номерам планов, указанным на следующих страницах. Вам поможет тот, кто говорит по-русски. Эта услуга предоставляется бесплатно.

Arabic: نوفر خدمات مترجم فوري للإجابة عن أي أسئلة قد تكون لديك حول خطتنا الصحية أو الدوائية. للاستعانة بمترجم، ما عليك سوى الاتصال بنا على أرقام الخطة في الصفحات التالية. شخص يتحدث العربية يمكنه مساعدتك. هذه الخدمة تقدم مجانًا.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा योजना के बारे में आपके होने वाले किसी भी प्रश्न का उत्तर देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएं उपलब्ध हैं। दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, हमें निम्नलिखित पृष्ठों पर दिए गए प्लान नंबरों पर कॉल करें। कोई हिंदी भाषी व्यक्ति आपकी मदद कर सकता है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

Italian: Disponiamo di servizi di interpretariato gratuiti per rispondere ad eventuali domande in merito al nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, chiami i recapiti del piano disponibili nelle pagine successive. Qualcuno che parla italiano Le sarà d'aiuto. Si tratta di un servizio gratuito.

Portugués: Temos serviços de intérprete gratuitos para responder quaisquer perguntas que você possa ter sobre nossos planos de saúde ou de medicamentos. Para solicitar um intérprete, ligue para nós através dos números do plano nas páginas a seguir. Um funcionário que fala português poderá ajudá-lo. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ka genyen konsènan plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, annik rele nou nan nimewo plan yo ki sou paj annapre yo. Yon moun ki pale Kreyòl Franse kapab ede ou. Se yon sèvis gratis li ye.

Polish: Oferujemy bezpłatne usługi tłumaczeniowe w przypadku pytań dotyczących naszego planu zdrowotnego i lekowego. Aby skorzystać z tłumacza, prosimy zadzwonić do nas pod numery podane na kolejnych stronach. Pomocą posłużą osoby mówiące po polsku. Usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の医療プランまたは処方薬プランについての質問にお答えする無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳サービスをご利用になるには、以降のページにおけるプランの番号までお電話ください。日本語を話すスタッフが対応いたします。これは無料のサービスです。

Hawaiian: Aia iā mākou he mau lawelawe māhele 'ōlelo manuahi e pane i nā 'ano nīnau āu no ka mākou papahana mālama olakino a ho'olako lā'au. No ka 'imi i mea māhele 'ōlelo, e kelepona wale mai iā mākou ma nā helu kelepona e waiho nei ma kēia mau 'ao'ao e koe nei. Na kekahi māhele 'ōlelo Hawai'i e kōkua iā 'oe. He lawelawe manuahi kēia.


Ilocano: Addaankami kadagiti libre a serbisio ti panagipatarus tapno masungbatan dagiti aniaman a saludsodmo maipapan iti salun-at wenno plano iti agas. Tapno makaala iti tagaipatarus, tawagannakami laeng kadagiti numero ti plano kadagiti sumaganad a panid. Matulongannaka ti maysa a tao nga agsasao iti Ilocano. Daytoy ket libre a serbisio.

Samoan: E iai a matou auaunaga fa'aliliu upu fua e tali ai so'o se fesili e te ono iai e uiga i la matou fuafuaga fa'alesoifua maloloina po'o vaila'au. Mo le mauaina o se fa'aliliu upu, na'o le vala'au mai i numeraga o fuafuaga o lo'o i itulau nei. E mafai e se tasi e tautala i le gagana Samoa ona fesoasoani ia te oe. Ose auaunaga e leai se todogi.

Estamos a Solo una Llamada de Distancia

ALABAMA

+ HMO, PPO

 **1-833-623-0771**

+ HMO D-SNP

 **1-833-542-1677**

FLORIDA

+ HMO, HMO-POS


 **1-833-603-2971**

+ HMO D-SNP

 **1-833-542-1676**


ILLINOIS

+ HMO

 **1-833-293-5966**

INDIANA

+ HMO, PPO

 **1-833-525-0824**

+ HMO D-SNP

 **1-833-542-1679**


KANSAS

+ HMO, PPO

 **1-833-816-6623**

MICHIGAN

+ HMO, PPO

 **1-833-431-1356**

+ HMO D-SNP

 **1-833-542-1678**

TENNESSEE

+ HMO, PPO

 **1-833-906-2876**

TEXAS

+ HMO, PPO

 **1-833-705-1358**

TTY PARA TODOS LOS ANTERIORES: 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.

 O visite **AscensionComplete.com**