

برنامج **CVS/Caremark Mail Service Pharmacy Program**: خدمة طلب الوصفات الطبية عبر البريد التابعة لخطة **Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan**

في خطة Molina Dual Options، أنت مهم بالنسبة إلينا. لذلك نود أن نقدم إليك طريقة لتوفير الوقت والمال من خلال خدمة طلب الوصفات الطبية عبر البريد التابعة لخطة Molina Dual Options. إذا كنت تتناول دواءً واحدًا أو عدة أدوية بانتظام (تُعرف باسم الأدوية طويلة الأجل)، فإننا نتعاون مع برنامج **CVS/Caremark Mail Service Pharmacy Program** لإرسالها بالبريد إلى منزلك مباشرة! ويحتوي كل طلب على إمداد يكفي لمدة 90 يومًا لكل وصفة طبية. لا مزيد من الزيارات إلى الصيدلية أو الانتظار في الصف، فالدواء سيأتي إليك!

احصل على أدويةك طويلة الأجل في المنزل من خلال 3 خطوات سهلة:

تأكد من أن أدويةك متوفرة في برنامج **CVS/Caremark Mail Service Pharmacy Program**. اطلع على كتيب الوصفات (قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية) الخاص بنا أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 735-5604 (855)، الهاتف النصي: 711، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً بالتوقيت الشرقي لمعرفة الأدوية المتوفرة.

①

اطلب من طبيبك كتابة وصفة طبية لمدة 90 يومًا. تحدث إلى طبيبك بشأن خدمة طلب الوصفات الطبية عبر البريد. للبدء، سيكتب الطبيب وصفة طبية لمدة 90 يومًا مع ما يصل إلى ثلاث عمليات إعادة صرف (إذا كان ذلك مناسبًا). وهذا هو الحد الأقصى من الإمداد الذي يمكن أن يصفه الطبيب.

②

ملحوظة: إذا كنت بحاجة إلى أدويةك على الفور، فاطلب من الطبيب وصفة طبية لمدة 30 يومًا. ويمكنك صرفها من صيدلية تابعة للشبكة خلال انتظار وصول طلبك البريدي. اختر أحد الخيارات الآتية لاستلام طلباتك:

أكمل نموذج طلب خدمة البريد من CVS/Caremark المرفق بهذا الخطاب. وأرسل النموذج المكتمل والوصفة الطبية لمدة 90 يومًا بالبريد إلى العنوان المطبوع على النموذج.



اشترك عبر الإنترنت في caremark.com. إذا كانت هذه هي المرة الأولى التي تزور فيها الموقع الإلكتروني، فانقر فوق **Register now** (التسجيل الآن) لإنشاء حساب. وبمجرد تسجيل الدخول، انقر فوق **Prescriptions** (الوصفات الطبية) لتظهر قائمة منسدلة، وحدد **Start Mail Service** (بدء خدمة البريد) ثم اتبع الخطوات عبر الإنترنت.



③

اتصل بـ CVS/Caremark على الرقم 830-2386 (866)، الهاتف النصي: 711، المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. قَدِّم رقم عضويتك (الموجود في معرّف الخطة) وأسماء الوصفات الطبية واسم الطبيب ورقم الهاتف وعنوانك البريدي.



اطلب من الطبيب تقديم الطلب نيابةً عنك. يمكن لعيادته الاتصال أو إرسال فاكس أو إرسال وصفتك الطبية إلكترونيًا إلى CVS/Caremark على الرقم 830-2386 (866)، الهاتف النصي: 711، المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. تأكد من إعطاء الطبيب رقم عضويتك (الموجود في بطاقة معرّف الخطة) وتاريخ الميلاد والعنوان البريدي حتى يتمكن من تقديم الطلب.



هذا كل ما في الأمر! بمجرد استلام CVS/Caremark لطلبك، ستصل وصفاتك الطبية عبر البريد في غضون 10 أيام. إذا كانت لديك أي أسئلة أو إذا لم يصل دواؤك في الوقت المحدد، فيرجى الاتصال بـ CVS/Caremark على الرقم 830-2386 (866)، الهاتف النصي: 711، المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

عندما يحين الوقت لإعادة صرف وصفة الدواء طويلة الأجل...

يمكنك اختيار تلقي تذكير عند الحاجة إلى إعادة صرف الوصفات الطبية طويلة الأجل. ستتصل بك CVS/Caremark أو ترسل إليك بريداً إلكترونياً أو رسالة نصية بشأن التاريخ الذي يمكنك فيه إعادة صرف أدويةك طويلة الأجل. يمكنك تقديم طلب إعادة الصرف عبر البريد أو الإنترنت أو الهاتف. وإذا طلبت إعادة الصرف في وقت سابق لأوانه، فستطلعك CVS/Caremark على الميعاد الذي يمكنك فيه طلب إعادة الصرف. بمجرد استلام CVS/Caremark لطلب إعادة الصرف، ستتلقى وصفاتك الطبية عبر البريد في غضون 10 أيام.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة بخصوص برنامج CVS/Caremark Mail Service Pharmacy Program، فيرجى الاتصال بمركز اتصال الصيدلية الخاص بنا على الرقم (855) 735-5604، الهاتف النصي: 711، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً بالتوقيت الشرقي. نحن هنا لمساعدتك!

إن Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan هي خطة صحية تتعاقد مع كل من Medicare وMichigan Medicaid لتوفير منافع البرنامجين للمُسجلين.

يمكنك الحصول على هذا المستند بتنسيقات أخرى مجاناً، مثل الخط الكبير أو بطريقة برايل أو بالصوت. اتصل على الرقم (855) 735-5604، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهاتف النصية (TTY)/أجهزة الاتصال للصم والبكم (TDD)، يمكنهم الاتصال على الرقم 711 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، بالتوقيت القياسي الشرقي. هذا الاتصال مجاني.

تلتزم Molina Healthcare بقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية السارية ولا تميز على أساس العرق أو الأصل الوطني أو الدين أو النوع أو الجنس أو العمر أو الإعاقة العقلية أو البدنية أو الحالة الصحية أو تلقي الرعاية الصحية أو تاريخ المطالبات أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو وجود أدلة على إمكانية التأمين أو الموقع الجغرافي.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>

Mail Service Order Form

Mail this form to:



CVS Caremark
PO BOX 659541
SAN ANTONIO, TX 78265-9541

Member ID # (if not shown or if different from above)

Prescription Plan Sponsor or Company Name

Instructions:

Please use **blue or black ink** and **print in capital letters**. Fill in **both sides** of this form.

New Prescriptions – Mail your new prescriptions with this form.

Number of **New** prescriptions:

Refills – Order by Web, phone, or write in Rx number(s) below.

Number of **Refill** prescriptions:

TO RECEIVE YOUR ORDER SOONER request refills or new prescriptions online at www.caremark.com or call the toll-free number on your member ID card.

A Shipping Address. To ship to an address different from the one printed above, enter the changes here.

Last Name

First Name

MI

Suffix (JR, SR)

Street Address

Apt./Suite #

Use shipping address for this order only.

City

State

ZIP Code

Daytime Phone #: - -

Evening Phone #: - -

B Refills. To order mail service refills, enter your prescription number(s) here.

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____

CVS Caremark wants to provide you with high quality medicines at the best possible price. In order to do this, we will substitute equivalent generic medicines for brand name medicines whenever possible. If you do not want us to substitute generics, please provide specific instructions, including drug names, in the "Special Instructions" section of this form.

We may package all of these prescriptions together unless you tell us not to.

All claims for prescriptions submitted to CVS Caremark Mail Service Pharmacy using this form will be submitted to your prescription benefit plan for payment. If you do not want them submitted to your plan, do not use this form. You may call Customer Care to make alternate arrangements for submission of your order and payment.



Please fold here →

Please fold here →

Please fold here →

Please fold here →

C Tell us about the people ordering prescriptions. If there are more than two people, please complete another form.

First person with a refill or new prescription.

Spanish forms and labels

LAST NAME

FIRST NAME

M

Suffix (JR,SR)

NICKNAME

Date of birth: MM-DD-YYYY

E-mail address: _____ Date new prescription written: _____

Doctor's last name

Doctor's first name

Doctor's phone #

Tell us about new health information for 1st person if never provided or if changed.

Allergies: None Aspirin Cephalosporin Codeine Erythromycin Peanuts Penicillin Sulfa Other: _____

Medical conditions: Arthritis Asthma Diabetes Acid reflux Glaucoma Heart problem High blood pressure High cholesterol Migraine Osteoporosis Prostate issues Thyroid Other: _____

Second person with a refill or new prescription.

Spanish forms and labels

LAST NAME

FIRST NAME

M

Suffix (JR,SR)

NICKNAME

Date of birth: MM-DD-YYYY

E-mail address: _____ Date new prescription written: _____

Doctor's last name

Doctor's first name

Doctor's phone #

Tell us about new health information for 2nd person if never provided or if changed.

Allergies: None Aspirin Cephalosporin Codeine Erythromycin Peanuts Penicillin Sulfa Other: _____

Medical conditions: Arthritis Asthma Diabetes Acid reflux Glaucoma Heart problem High blood pressure High cholesterol Migraine Osteoporosis Prostate issues Thyroid Other: _____

D Special instructions: _____

E How would you like to pay for this order? (If your copay is \$0, you do not need to provide payment information.)

Electronic check. Pay from your bank account. (You must first register online or call Customer Care.)

Credit or debit card. (VISA®, MasterCard®, Discover®, or American Express®)

Use your card on file.

Use a new card or update your card's expiration date.

CARD NUMBER

Exp. Date MMY Y

Check or money order. Amount: \$ _____ . _____

• Make check or money order payable to CVS Caremark.

• Write your prescription benefit ID number on your check or money order.

• If your check is returned, we will charge you up to \$40.

Payment for balance due and future orders: If you choose electronic check or a credit or debit card, we will use it to pay for any balance due and for future orders unless you provide another form of payment.

Fill in this oval if you **DO NOT** want us to use this payment method for future orders.

Credit card holder signature/Date

Regular delivery is free and takes up to 5 days after your order is processed.

If you want faster delivery, choose:

2nd business day (\$17)

Faster delivery can only be sent to a street address, not a PO Box

Next business day (\$23)

Expected processing time from receipt of this form:

- Refills: 1-2 days
- New/renewed prescriptions: Within 5 days unless additional information is needed from your doctor (Charges subject to change)



Please fold here →

Please fold here →

Please fold here →

Please fold here →