

Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark[™]

Guía del usuario

Molina Medicare Options Plus HMO SNP

¡Es fácil comenzar el servicio!

Si necesita surtir su receta médica de inmediato, pida a su médico que le dé dos recetas médicas para sus medicamentos a largo plazo:

- La primera para un suministro a corto plazo (p. ej., 30 días) para surtir de inmediato en una farmacia minorista de la red.
- La segunda, para el suministro máximo de los días permitidos (un suministro máximo de 90 días) con un máximo de tres renovaciones (si es apropiado) para enviarla a la farmacia de CVS/caremark.

Pregúntele a su médico sobre cómo obtener una receta médica para 90 días.

Ya sea que utilice el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark o compre sus medicamentos a largo plazo en una farmacia minorista dentro de la red, ¡hable con su médico hoy mismo para obtener una receta médica de 90 días y así ahorrar dinero!

Opciones de servicio de pedido por correo.

Si toma uno o más medicamentos a largo plazo, puede ahorrar tiempo y dinero con el servicio por correo y hacer que se los envíen a su casa.

Esto significa menos viajes a la farmacia y a la gasolinera.

Seleccione entre 4 maneras para ordenar.

- **Opción 1 – Por correo** – Llene y envíe el formulario de pedido por correo a CVS Caremark. Envíe el formulario y el pago a la dirección impresa en el formulario. Para nuevos pedidos, no se le olvide de incluir su receta médica.

Puede pagar en línea con: su cuenta de cheques, el servicio Bill Me Later[®] o una tarjeta de crédito. También puede enviar por correo un cheque o giro postal. Si envía un pago por correo, no envíe dinero en efectivo.

- **Opción 2 – Internet** - Ingrese a la página web www.caremark.com e inicie una sesión o inscribbase pulsando "register now" (*inscribbase ahora*). Luego, bajo el menú desplegable de recetas médicas, seleccione "start mail service" (*comience el servicio por correo*) y siga, ya sea los pasos en línea o, con toda confianza, llene el formulario de pedido de servicio por correo y envíelo a CVS/caremark. La dirección postal está impresa en el formulario.
- **Opción 3 – Teléfono** – Llame gratuitamente a CVS Caremark al (866) 930-7591, TTY al 711, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Proporcione su número de identificación de miembro (se encuentra en su tarjeta de identificación del plan), los nombres de sus medicamentos recetados, el nombre y número de teléfono de su médico y su dirección postal. Incluso puede utilizar el número de teléfono gratuito de arriba para ordenar renovaciones, las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- **Opción 4 – Médico** – Proporcione el número de CVS/caremark al consultorio de su médico: (866) 930-7591, TTY al 711, y pida a su médico que llame, envíe un fax o utilice ePrescribe para enviar su receta electrónicamente, las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Para acelerar el proceso, su médico necesitará su número de identificación de miembro (se encuentra en su tarjeta de identificación del plan), su fecha de nacimiento y su dirección postal.

¡Eso es todo! Una vez que CVS/caremark reciba su orden y pago (si es requerido) tomará aproximadamente 10 días para que usted reciba su orden.

Descubra lo fácil que es recibir sus medicamentos recetados en su hogar. También puede ordenar renovaciones las 24 horas al día, los 7 días de la semana llamando al (866) 930-7591, TTY al 711. Si usted no recibe su orden en aproximadamente 10 días, por favor llame a CVS/caremark al (866) 930-7591, TTY al 711, 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Avisos de renovación.

Cuando utiliza el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark, puede seleccionar recibir una llamada, un correo electrónico o mensaje de texto avisándole la fecha en que puede renovar su receta médica.

Si solicita una alerta para no renovar medicamentos demasiado pronto, CVS/caremark le avisará cuando usted pueda solicitar una renovación.

¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Si necesita ayuda con cualquier asunto relacionado con el formulario o simplemente tiene preguntas sobre su beneficio de medicamentos, llame a nuestro Centro de Llamadas de

Farmacia al (888) 665-1328, TTY al 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora local.

Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Molina Medicare Options Plus HMO SNP es un plan de salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción en Molina Medicare Options Plus depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-665-3086 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-665-3086 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-665-3086（TTY：711）。

El formulario, red de farmacias o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificación cuando sea necesario.



Formulario para Ordenar El Servicio por Correo

No. de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba)

Nombre del patrocinador del plan de recetas o nombre de la compañía

Instrucciones:

Use **tinta azul o negra**, letras **mayúsculas**. Llene **ambos lados** de este formulario.

Recetas nuevas: Envíe sus recetas con este formulario.

Número de recetas **nuevas**:

Reposiciones: Ordene por Internet, por teléfono, o escriba los números abajo. Número de **reposiciones:**

PARA RECIBIR SU PEDIDO MÁS PRONTO ordene las reposiciones o nuevas recetas en www.caremark.com o llame sin cargo el número en su tarjeta de identificación de beneficios.

A Dirección de envío. Para enviar a una dirección diferente de la indicada anteriormente, escribe aquí los cambios.

Apellido	Primer nombre	Inicial	Sufijo (JR, SR)
Dirección	No. de apto.	Use dirección de envío solamente para este pedido.	
Ciudad	Estado	Código postal	
		—	
No. telefónico/Día: - -	No. telefónico/Noche: - -		

Use dirección de envío solamente para este pedido.

B Reposiciones: Para ordenar sus reposiciones, escriba los números de las recetas abajo.

1) _____	2) _____	3) _____	4) _____
5) _____	6) _____	7) _____	8) _____

CVS Caremark desea proveerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. Para lograrlo, sustituiremos medicamentos de marca por equivalentes genéricos cuando sea posible. Si no desea que sustituyamos su medicamento por uno genérico, denos instrucciones específicas, más los nombres de los medicamentos, en la sección de “Instrucciones Especiales” de este formulario.

Podemos enviar todas estas recetas en el mismo paquete a menos que se indique de otra manera.

Todas las reclamaciones por medicamentos recetados que se presenten a la Farmacia de CVS Caremark y utilicen este formulario se enviarán para pago a su plan de beneficios de medicamentos recetados. Si usted prefiere que no sean presentadas a su plan, no utilice este formulario. Puede llamar a Servicio al Cliente para hacer otros arreglos para la presentación de su pedido y pago.

©2016 CVS Caremark. Todos los derechos están reservados. P13-N



C Cuéntenos sobre las personas que piden recetas. Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

Primera persona con una reposición o receta nueva.

☐ Formularios/etiquetas en español

Apellido

Primer nombre

I

 Sufijo

Género: ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____

Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico

Primer nombre del médico

No. telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 1ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

Alergias: ☐ Ninguna ☐ Aspirina ☐ Cefalosporina ☐ Codeína ☐ Eritromicina ☐ Cacahuates ☐ Penicilina
☐ Sulfonamidas/Sulfa ☐ Otra: _____

Condiciones médicas: ☐ Artritis ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Reflujo gástrico ☐ Glaucoma ☐ Condición cardíaca
☐ Hipertensión ☐ Colesterol alto ☐ Migrañas ☐ Osteoporosis ☐ Trastornos de la próstata ☐ Tiroides
☐ Otra: _____

Segunda persona con una reposición o receta nueva.

☐ Formularios/etiquetas en español

Apellido

Primer nombre

I

 Sufijo

Género: ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____

Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico

Primer nombre del médico

No. telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

Alergias: ☐ Ninguna ☐ Aspirina ☐ Cefalosporina ☐ Codeína ☐ Eritromicina ☐ Cacahuates ☐ Penicilina
☐ Sulfonamidas/Sulfa ☐ Otra: _____

Condiciones médicas: ☐ Artritis ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Reflujo gástrico ☐ Glaucoma ☐ Condición cardíaca
☐ Hipertensión ☐ Colesterol alto ☐ Migrañas ☐ Osteoporosis ☐ Trastornos de la próstata ☐ Tiroides
☐ Otra: _____

D Instrucciones especiales: _____

E ¿Cómo querría pagar por este pedido? (Si su copago es \$0, usted no necesita proveer la información de pago.)

☐ **Cheque electrónico.** Pague de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llame a Servicio al Cliente.)

☐ **Tarjeta de crédito o de débito.** (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

☐ Use su tarjeta en récord.

☐ Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de expiración de su tarjeta.

Expira: MMAA

☐ **Cheque o giro postal.** Cantidad: \$

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escriba su No. de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta \$40.

El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros:

Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

☐ Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

Firma dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

La entrega regular es gratis y tomará hasta 5 días después de que su pedido sea procesado.
Si desea la entrega más rápida, escoja:

☐ **2º día laborable (\$17)**

Entrega rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.

☐ **El próximo día laborable (\$23)**

Tiempo de proceso luego de recibir el formulario:

- Reposiciones: 1-2 días
- Recetas nuevas/renovados: Dentro de 5 días a menos que se necesita información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)

