Senior Whole Health
BY MOLINA HEALTHCARE

CVS/ Mail Service Pharmacy Program:
Servicio de Pedidos de Medicamentos Recetados por Correo de Senior Whole Health

En Senior Whole Health, usted es importante para nosotros. Por este motivo, nos gustaría ofrecerle una forma de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de pedidos de medicamentos recetados por correo de Senior Whole Health. Si toma uno o más medicamentos de forma regular (conocidos como *medicamentos a largo plazo*), ¡nos asociamos con **CVS/caremark Mail Service Pharmacy Program** para enviarlos por correo directamente a su domicilio! Cada pedido contiene un suministro de hasta 100-dias por receta médica. Ya no tendrá que ir a la farmacia o esperar en la fila: ¡el medicamento va *hacia usted!*

Reciba sus medicamentos a largo plazo en su domicilio en 3 sencillos pasos:

1 **Asegúrese de que sus medicamentos estén disponibles a través del CVS/caremark Mail Service Pharmacy Program** Algunos medicamentos a largo plazo *no* están disponibles para el envío por correo. Consulte nuestro Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) o llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 1 de octubre - 31 de marzo: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, 1 de abril - 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local para averiguar qué medicamentos están disponibles.

2 **Solicite a su doctor que le emita una receta médica para un suministro de 100 días** Hable con su doctor sobre el servicio de pedidos de medicamentos recetados por correo. Para comenzar, su doctor deberá emitir una receta médica para un suministro de 100 días con un máximo de tres renovaciones (si corresponde). Este es el suministro máximo que su doctor puede recetar.

Nota: Si necesita sus medicamentos de inmediato, solicite a su doctor una receta médica para un suministro de 30 días. Puede surtirse en una farmacia de la red mientras espera que llegue su pedido por correo.

3 **Elija una de estas opciones para recibir sus pedidos:**

Complete el Formulario de Servicio de Pedidos por Correo de CVS/caremark adjunto a esta carta. Envíe por correo el formulario completo, el pago (si es necesario) y su receta médica para un suministro de 100 días a la dirección que se indica en el formulario.

Regístrese en línea en **www.caremark.com**. Si esta es la primera vez que visita el sitio web, haga clic en *Register now* (Registrarse ahora) para crear una cuenta. Una vez que inicie sesión, haga clic en Prescriptions (Recetas Médicas) para visualizar un menú desplegable, luego, seleccione *Start Mail Service* (Activar el Servicio de Correo) y siga los pasos en línea.

Llame a CVS/caremark al (877) 581-7142, TTY: 711, 24/7. Indique su número de miembro (que aparece en su tarjeta de identificación del plan), los nombres de los medicamentos en su receta médica, el nombre y número de teléfono de su doctor y su dirección postal.

Solicite a su doctor que realice el pedido por usted. Desde la consulta, pueden llamar, enviar por fax, o emitir su receta médica de forma electrónica a CVS/caremark al (877) 581-7142, TTY: 711, 24/7. Asegúrese de proporcionar a su doctor su número de Miembro (que aparece en su tarjeta de identificación del Plan), su fecha de nacimiento y dirección postal para que pueda realizar el pedido.

¡Eso es todo! **Una vez que CVS/caremark reciba su pedido [y pago (si es necesario)], sus medicamentos recetados llegarán por correo en un plazo de 10 días.** Si tiene alguna pregunta o si su medicamento no llega a tiempo, llame a CVS/caremark al (877) 581-7142, TTY: 711, 24/7.

Cuando llegue el momento de renovar la receta médica del medicamento a largo plazo...

Puede optar por recibir un recordatorio cuando deba renovar sus recetas médicas a largo plazo. CVS/caremark lo llamará o le enviará un correo electrónico o mensaje de texto con la fecha en la que podrá renovar sus medicamentos a largo plazo. **Puede realizar el pedido de renovación por correo, en línea o por teléfono.** Si solicita una renovación con mucha anticipación, CVS/caremark le informará cuándo podrá solicitar una renovación. Una vez que CVS/caremark reciba su pedido de renovación y el pago (si es necesario), usted recibirá sus medicamentos recetados por correo de un plazo de 10 dias.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el CVS/caremark Mail Service Pharmacy Program, llame a nuestro Centro de llamadas de farmacia al (800) 665-3086, TTY: 711,
Del 1 de octubre al 31 de marzo: 7 días a la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
Del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8.00 a.m. a 8:00 p.m., hora local.
¡Estamos aquí para servirle!

Senior Whole Health cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

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

CVS caremark®

Formulario para Ordenar El Servicio por Correo

Envíe este formulario a:

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

N.º 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** y escriba en 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 al número en su tarjeta de identificación de beneficios.

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

Apellido | Primer nombre | Inicial | Sufijo (JR, SR)

Dirección | N.º de apto. | ○ **Use dirección de envío solamente para este pedido.**

Ciudad | Estado | Código postal

N.º telefónico/Día: - - N.º telefónico/Noche: - -

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 | 1er NOMBRE | I | Sufijo (JR, SR)

APODO | Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico | Primer nombre del médico | N.º 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: _____

Afecciónes médicas: ◯ Artritis ◯ Asma ◯ Diabetes ◯ Reflujo gástrico ◯ Glaucoma ◯ Afección 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 | 1er NOMBRE | I | Sufijo (JR, SR)

APODO | Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha en que la receta fué escrita: _____

Apellido del médico | Primer nombre del médico | N.º 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: _____

Afecciónes médicas: ◯ Artritis ◯ Asma ◯ Diabetes ◯ Reflujo gástrico ◯ Glaucoma ◯ Afección 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 llamar a Servicio al Cliente.)

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

◯ Use su tarjeta en registrada .

◯ Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de vencimiento de su tarjeta.

#de la Tarjeta | Vence: MMAA

_____
Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

◯ **Cheque o giro postal.** Cantidad: $ ____ . ____

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escriba su N.º de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es devuelto, le cargaremos hasta $40.

Pago para saldo adeudado y pedidos futuros:
Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también utilizaremos ese método 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.

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 laboral ($17)**

◯ **El próximo día laboral ($23)**

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

Tiempo de trámite luego de recibir el formulario:
- Reposiciones: 1-2 días
- Recetas nuevas/renovadas: Dentro de 5 días a menos que se necesite información adicional de su médico

(Los costos pueden cambiar)