Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark: servicio de pedido de medicamentos recetados por correo de Molina Healthcare, Senior Whole Health of New York, Passport Advantage by Molina Healthcare, My Choice Wisconsin, ConnectiCare, o Central Health Medicare Plan

Usted es importante para nosotros en Molina Healthcare, SWH of NY, Passport, My Choice Wisconsin, ConnectiCare, o CHMP. Por eso, queremos ofrecerle una forma de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de pedido de medicamentos recetados de Molina Healthcare, SWH of NY, Passport, My Choice Wisconsin, ConnectiCare, o CHMP Si toma uno o más medicamentos con regularidad (conocidos como *medicamentos de uso prolongado*), colaboramos con ***el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark*** para enviárselos directamente a su domicilio. Cada pedido contiene un suministro de hasta 100 días por medicamento recetado. Se acabaron los traslados a la farmacia y las colas de espera: ahora los medicamentos van a *su domicilio.*

Reciba sus medicamentos de uso prolongado en su domicilio a través de estos 3 sencillos pasos:

① **Asegúrese de que sus medicamentos estén disponibles a través del Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark**

Algunos medicamentos de uso prolongado *no están* disponibles a través de la venta por correo. Consulte nuestro Formulario (Lista de medicamentos cubiertos) o llame a nuestro Departamento de Servicio para Miembros al (800) 665-3086, los usuarios de TTY deben llamar al 711, del 1 de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local para saber cuáles están disponibles.

② **Pídale a su médico que le recete medicamentos para un suministro de 100 días**

Hable con su médico sobre el servicio de medicamentos recetados por correo. Para empezar, su médico le recetará un medicamento para un suministro de 100 días con un máximo de tres renovaciones (si corresponde). Este es el suministro máximo que su médico puede recetarle.

***Nota*:** Si necesita los medicamentos de inmediato, pida a su médico una receta para 30 días. Puede surtirla en una farmacia de la red mientras espera a que llegue su pedido por correo.

Elija una de estas opciones para recibir sus pedidos:

Complete el formulario de pedido por correo de CVS/caremark adjunto a esta carta. Envíe por correo el formulario completo, el pago (si es necesario) y su receta de 100 días a la dirección impresa en el formulario.

③

Inscríbase en línea en www.caremark.com. Si es la primera vez que visita el sitio web, haga clic en *Register now* (*Regístrese ahora)* para crear una cuenta. Una vez iniciada la sesión, haga clic en Prescriptions (Medicamentos recetados) para acceder a un menú desplegable, seleccione *Start Mail Service* (*Iniciar servicio de correo)* y siga los pasos en línea.

Llame a CVS/caremark al (877) 581-7142, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Indique su número de miembro (en su tarjeta de identificación del plan),

los nombres de los medicamentos que le han sido recetados, el nombre y número de teléfono del médico y su dirección postal.

Pida a su médico que haga el pedido por usted. El consultorio puede llamar, enviar por fax o emitir una receta electrónica a CVS/caremark al (877) 581-7142, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. No olvide indicar a su médico su número de miembro (que figura en su tarjeta de identificación del plan), su fecha de nacimiento y su dirección postal para que pueda realizar el pedido.

¡Eso es! **Una vez que CVS/caremark reciba su pedido y el pago (si es necesario), sus recetas llegarán por correo en 10 días**. Si tiene alguna pregunta o si su medicamento no llega a tiempo, llame a CVS/caremark al (877) 581-7142, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuando sea el momento de renovar su receta de medicamentos de uso prolongado...

Puede elegir recibir un recordatorio cuando tenga que renovar sus medicamentos recetados de uso prolongado. CVS/caremark le llamará por teléfono, le enviará un correo electrónico o un SMS con la fecha en la que puede volver a surtir sus medicamentos de uso prolongado. **Puede hacer su pedido de resurtido por correo, en línea o por teléfono.** Si solicita un resurtido demasiado pronto, CVS/caremark le avisará cuando *pueda* solicitar un resurtido. Una vez que CVS/caremark reciba su pedido de resurtido y el pago (si es necesario), recibirá sus recetas por correo en 10 días.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark, llame a nuestro Centro de Llamadas de Farmacia al (800) 665-3086, TTY: 711, 1 de octubre - 31 de marzo: los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre: De lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Estamos aquí para ayudarle

Aviso de disponibilidad (NOA)

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

Por favor, doble aquí

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)

Por favor, doble aquí