

Programa de servicio de farmacia por correo de CVS/caremark: Servicio de pedidos de medicamentos recetados por correo de Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan

Para Molina Dual Options, usted es muy importante. Por lo tanto, queremos ofrecerle la posibilidad de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de pedidos de medicamentos con receta por correo de Molina Dual Options. Si toma uno o más medicamentos con regularidad (conocidos como medicamentos a largo plazo), ¡nos hemos asociado con el **Programa de servicio de farmacia por correo de CVS/caremark** para enviarle los medicamentos directamente a su casa! Cada pedido contiene un suministro de hasta 90 días por receta. Ya no tendrá que acercarse a la farmacia ni esperar: ¡recibirá el medicamento en su casa!

Aquí le indicamos 3 pasos simples para recibir los medicamentos de largo plazo en su casa:

1

Verifique que sus medicamentos estén disponibles a través del Programa de servicio de farmacia por correo de CVS/caremark Ya que algunos medicamentos de largo plazo no están disponibles a través del programa de pedidos por correo. Consulte nuestro formulario (Lista de medicamentos cubiertos) o llame a nuestro Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local, para consultar cuáles están disponibles.

2

Pídale a su médico que le haga una receta para 90 días

Hable con el médico acerca del servicio de pedidos por correo. Para comenzar, su médico la hará una receta para 90 días, con hasta tres resurtidos (si corresponde). Este es el suministro máximo que puede recetarle el médico.

Nota: Si necesita los medicamentos de inmediato, pídale al médico una receta para 30 días. Puede surtirla en una farmacia de la red mientras espera que le llegue el pedido por correo.

Elija una de estas opciones para recibir los medicamentos recetados:

3



Llene el Formulario de servicio de pedidos por correo de CVS/caremark adjunto a esta carta. Envíe el formulario completo por correo y la receta de 90 días a la dirección impresa en el formulario.



Regístrese en línea en caremark.com. Si es la primera vez que usa la página web, haga clic en Regístrese ahora para crear una cuenta. Una vez que inició sesión, haga clic en Recetas para desplegar el menú, seleccione Iniciar servicio por correo y luego siga los pasos en línea.



Llame a CVS/caremark, al (855) 432-7015, TTY: 711, 24/7. Indique su número de miembro (figura en su ID de plan), los nombres de la receta médica, el nombre y número de teléfono de su médico, y su dirección postal.



Pídale al médico que haga el pedido por usted. Desde el consultorio, pueden llamar, enviar un fax o enviar su receta en línea (ePrescribe) a CVS/caremark, al (855) 432-7015, TTY: 711, 24/7. Recuerde indicarle al médico su número de miembro (figura en su tarjeta de identificación del plan), la fecha de nacimiento y su dirección postal, para que puedan hacer el pedido.

¡Eso es todo! **Una vez que CVS/caremark reciba su pedido, recibirá los medicamentos recetados por correo en 10 días.** Si tiene alguna pregunta o no recibe los medicamentos oportunamente, llame a CVS/caremark al (855) 432-7015, TTY: 711, 24/7.

Quando debe resurtir los medicamentos de largo plazo...


Puede optar por recibir un recordatorio cuando necesite resurtir los medicamentos de largo plazo. CVS/caremark le informará por teléfono, por correo electrónico o por mensaje de texto la fecha en que podrá renovar los medicamentos de largo plazo. **Puede hacer el pedido de resurtido por correo, por teléfono o en línea.** Si solicita un resurtido antes de tiempo, CVS/caremark le informará cuándo podrá solicitarlo. Una vez que CVS/caremark reciba su pedido de resurtido, recibirá los medicamentos recetados 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 Pharmacy Call Center al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, 8 a.m. a 8 p.m., hora local. ¡Estamos aquí para servirle!

Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare e Illinois Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Puede solicitar esta información sin costo alguno en otros formatos, como en letras grandes, sistema braille o audio. Llame al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.



Formulario para Ordenar El Servicio por Correo

| | |
|---|---|
| | Envíe este formulario a: |
| |  CVS Caremark PO BOX 94467 PALATINE, IL 60094-4467 |
| N.º de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba) | |
| <input type="text"/> | |
| SilverScript | |
| Nombre del patrocinador del plan de recetas | |

Elija uno de tres modos de pedir:

En línea: Visite Caremark.com

Por teléfono: Llámenos al 1-866-235-5660

Por correo: Llene ambos lados de este formulario y envíelo por correo con su cheque o información de tarjeta de crédito. Para recetas nuevas, incluya su receta impresa original. Use tinta azul o negra y escriba en letras MAYÚSCULAS. Los miembros de Medicare deben completar un formulario por persona.

Número de recetas **nuevas:**

Número de **reposiciones:**

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) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Dirección | N.º de apto. | Use dirección de envío solamente para este pedido. | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> | |
| N.º telefónico/Día: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | N.º telefónico/Noche: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |

B Reposiciones: Para ordenar sus reposiciones, escriba el (los) número(s) Rx encontrado(s) en la etiqueta de la receta.

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

Para proveerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible, CVS Caremark sustituirá 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.

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.

©2017 CVS Caremark. Todos los derechos están reservados. P13-N



C Cuéntenos sobre el miembro que está pidiendo recetas:

Llene el óvalo para recibir formularios de pedidos por correo y etiquetas de recetas en español:

| | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|
| Apellido | Primer nombre | I | Sufijo (JR, SR) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Apodo | Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| Género: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | |

Dirección de e-mail:

Apellido del médico Primer nombre del médico N.º telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud si nunca la proporcionó o si cambió.

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

Afecciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Afección cardíaca
 Hipertensión Colesterol alto Migrañas Osteoporosis Trastornos de la próstata Tiroides
 Otra:

Los miembros de Medicare no necesitan completar la sección de abajo

| | | | |
|---|--|----------------------|----------------------|
| Apellido | Primer nombre | I | Sufijo (JR, SR) |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Apodo | Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| Género: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | | |

Dirección de e-mail:

Apellido del médico Primer nombre del médico N.º telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud si nunca la proporcionó o si cambió.

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

Afecciones 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 récord.

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

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--------|--|--|--|--|
| # | D | E | T | A | R | J | E | T | A | | | Vence: | | | | |
| | | | | | | | | | | | | MMAA | | | | |

Cheque o giro postal. Cantidad: \$.

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

Pago para saldo adeudado y pedidos futuros:

Si elige cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también utilizaremos ese método para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros, a menos que proporcione otra forma de pago.

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

MOF SP WEB 0917 SSI

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

El tiempo de procesamiento tarda hasta 5 días.

Opciones de envío:

Envío gratis (tarda 3-5 días)

2o día laboral (\$17)

El próximo día laboral (\$23)

Entrega el 2º día o el día siguiente:

- Sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.
- Se aplica al tiempo de envío solamente, no al procesamiento
- Los costos pueden cambiar

