

## Programa de servicio de farmacia por correo de CVS/caremark: Servicio de pedidos de medicamentos recetados por correo correspondiente al plan Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid Plan

Usted es muy importante para Molina Dual Options. Por lo tanto, queremos ofrecerle la posibilidad de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de pedidos de medicamentos recetados 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 a 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 a 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 (855) 735-5604, servicio TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este, 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 surtirlos 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**

Complete 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.



Inscríbese en línea en [caremark.com](http://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 (866) 830-2386, TTY/TDD 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 una receta médica en línea a CVS/caremark al (866) 830-2386, TTY/TDD 711, 24/7. Recuerde indicarle al médico su número de miembro (figura en su tarjeta de identificación del plan), fecha de nacimiento y dirección postal, para que puedan hacer el pedido.

¡Eso es todo! **Una vez que CVS/caremark recibe 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 (866) 830-2386, TTY/TDD 711, 24/7.

### **Cuando debe resurtir los medicamentos a largo plazo...**

Puede optar por recibir un recordatorio cuando necesite resurtir los medicamentos a largo plazo. CVS/caremark le informará por teléfono, correo electrónico o mensaje de texto el día en que puede resurtir los medicamentos a 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 *puede* solicitar el resurtido. Una vez que CVS/caremark recibe 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 al Centro Telefónico de Farmacia, al (855) 735-5604, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. ¡Estamos aquí para ayudarle!

El plan Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y Michigan Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados. Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. 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)

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)

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 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



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

\* WEB \*

\* WEB \*

### 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                       
Apodo                       
Género:  M  F  
Primer nombre                       
Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA   -   -          
Sufijo (JR, SR)

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                       
Apodo                       
Género:  M  F  
Primer nombre                       
Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA   -   -          
Sufijo (JR, SR)

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.

#                        
Vence: MAAA

**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.

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





**Your Extended Family.**



Molina Healthcare of Michigan (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. Molina offers healthcare services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. This includes gender identity, pregnancy and sex stereotyping.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
  - Skilled sign language interpreters
  - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
  - Skilled interpreters
  - Written material translated in your language
  - Material that is simply written in plain language

If you need these services, contact Molina Member Services at (855) 735-5604; TTY/TDD: 711, Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m., EST.

If you think that Molina failed to provide these services or treated you differently based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. You can file a complaint in person, by mail, fax, or email. If you need help writing your complaint, we will help you. Call our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY, 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator  
200 OceanGate  
Long Beach, CA 90802

You can also email your complaint to [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com). Or, fax your complaint to (562) 499-0610.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

7397113MMP0917

### English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-735-5604 (TTY: 711).

### Spanish

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-735-5604 (TTY: 711).

### Chinese

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 1-855-735-5604 (TTY : 711)。

### Tagalog

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-735-5604 (TTY: 711).

### French

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-735-5604 (ATS : 711).

### Vietnamese

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-735-5604 (TTY: 711).

### German

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-735-5604 (TTY: 711).

### Korean

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-735-5604 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

### Russian

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-735-5604 (телетайп: 711).

### Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-735-5604 (رقم هاتف الصم

والبكم: 711).

