MOLINA HEALTHCARE

Estás en familia.

## Programa de servicio de farmacia por correo de CVS/caremark: Servicio de farmacia por correo de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Para Molina Healthcare, usted es muy importante. Por lo tanto, queremos ofrecerle la posibilidad de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de farmacia por correo de Molina Healthcare. Si toma medicamentos con regularidad *(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 el Formulario (lista de medicamentos cubiertos) o llame a Servicios 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 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.

**3**

**Elija una de estas opciones para recibir los medicamentos recetados:**

Complete el Formulario de servicio por correo de CVS/caremark adjunto a esta carta. Envíe el formulario completo por correo, pago (si corresponde), y la receta de 90 días a la dirección impresa en el formulario.

Regístrese en línea, en www.caremark.com. Si es la primera vez que usa el sitio 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) 467-5442, 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. El personal del consultorio puede llamar, enviar por fax o enviar su receta en línea CVS/caremark al (866) 467-5442, 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 recibe su pedido y el pago (si corresponde), 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) 467-5442, TTY 711, 24/7.

## Cuando 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 puede resurtir 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 puede solicitar el resurtido. Una vez que CVS/caremark recibe su pedido de resurtido y el pago (si corresponde), 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 (800) 665-3086, TTY 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. ¡Estamos para ayudarle!

Molina Medicare Options Plus HMO SNP es un plan de salud con contrato con Medicare y con 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.

CVS caremark®

# 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

Por favor, doble aquí

**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.

Por favor, doble aquí

* WEB *

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)

Apodo

Género: ◯ M ◯ F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

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:

**Afecciónes 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)

Apodo

Género: ◯ M ◯ F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

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:

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

Por favor, doble aquí

## 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.

# DE 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 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.

**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

* WEB *

MOLINA HEALTHCARE

Your Extended Family.

Molina Healthcare (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 (800) 665-3086; TTY 711, 7 days a week, 8 a.m. - 8 p.m., local time.

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. 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.

MOLINA HEALTHCARE

Your Extended Family.

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

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

Tagalog
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-665-3086 (TTY: 711).

French
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-665-3086 (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 1-800-665-3086 (TTY: 711).

German
ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-665-3086 (TTY: 711).

Korean
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-665-3086 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Russian
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-665-3086 (телетайп: 711).

Arabic
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-665-3086 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

**Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपकेहलिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्धहैं। 1-800-665-3086 (TTY: 711) पर कॉल करें।ह

**Italian**

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-665-3086 (TTY: 711).

**Portugués**

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-665-3086 (TTY: 711).

**French Creole**

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-665-3086 (TTY: 711).

**Polish**

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-665-3086 (TTY: 711).

**Japanese**

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-665-3086（TTY: 711）まで、お電話にてご連絡ください。

**Hmong**

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-665-3086 (TTY: 711).

**Farsi**

**توجه:** گربه زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی رایگان در صورت نیاز برای شما فراهم می باشد. با 1-800-665-3086 (TTY: 711) تماس بگیرید.

**Armenian**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-665-3086 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

**Cambodian**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតឈ្នួល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-665-3086 (TTY: 711)។

**Albanian**

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Amharic
ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ ነ-800-665-3086 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

## Bengali
লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-800-665-3086 (TTY: 711)।

## Cushite (Oromo language)
XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Dutch
AANDACHT: Als u nederlands spreekt, kunt u gratis gebruikmaken van de taalkundige diensten. Bel 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Greek
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Gujarati
સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Kru(Bassa language)
Dè ɖɛ nià kɛ dyéɖé gbo: Ɔ jǔ ké m̀ [Ɓàsɔ́ɔ̀-wùɖù-po-nyɔ̀] jǔ ní, nìí, à wuɖu kà kò ɖò po-poɔ̀ ɓéìn m̀ gbo kpáa. Đá 1-800-665-3086 (TTY:711)

## Ibo
Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Yoruba
AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Laotian
ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບ ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Navajo
Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníltí'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'dęę', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, kojį' hódíílnih 1-800-665-3086 (TTY: 711.)

## Nepali
ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-665-3086 (टिटिवाइ: 711) ।

## Panjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-665-3086 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Pennsylvania Dutch

Wann du [Deitsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Serbo-Croatian

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-665-3086 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

## Syriac (Assyrian language)

ܙܘܗܪܐ: ܐܢ ܐܢܬܘܢ ܟܐ ܡܗܡܙܡܝܬܘܢ ܠܫܢܐ ܐܬܘܪܝܐ، ܟܐ ܡܨܝܬܘܢ ܕܦܠܚܝܬܘܢ ܒܝܠܚܘܕܐ ܕܗܝܪܬܐ ܒܠܫܢܐ ܡܓܢܢܐܝܬ. ܩܪܘܢ ܥܠ ܡܢܝܢܐ 1-800-665-3086 (TTY: 711)

## Thai

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Tongan

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-665-3086 (телетайп: 711).

## Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں ۔ کال کریں 1-800-665-3086 (TTY: 711)

Y0050_17_4036_203_LRMultiLang Accepted 9/5/2016