



CVS/caremark Mail Service Pharmacy Program: servicio de pedidos de medicamentos recetados por correo correspondiente al plan Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan

Usted es muy importante para nosotros en Molina Dual Options. Por lo tanto, queremos ofrecerle una forma de ahorrar tiempo y dinero con Molina Dual Options el servicio de pedido de medicamentos recetados por correo. Si toma uno o más medicamentos con regularidad (medicamentos a largo plazo), debe saber que nos hemos asociado con el **CVS/caremark Mail Service Pharmacy Program** para enviárselos 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 CVS/caremark Mail Service Pharmacy Program

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 Servicio de miembro al (855) 665-4627, 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:



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

3



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 (866) 270-3735, 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 llamarlo, enviarle un fax o enviarle una receta médica en línea a CVS/caremark al (866) 270-3735, 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 days.** Si tiene alguna pregunta o no recibe los medicamentos oportunamente, llame a CVS/caremark al (866) 270-3735, 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 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 solicitar la renovación. Una vez que CVS/caremark reciba su pedido de renovación, recibirá los medicamentos recetados por correo en 10 días.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el CVS/caremark Mail Service Pharmacy Program, llame a nuestro Pharmacy Call Center al (855) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. ¡Estamos para ayudarle!

Molina Dual Options Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y con Medi-Cal para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas. Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letras grandes. Llame al (855) 665-4627, 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 659541 SAN ANTONIO, TX 78265-9541																				
N.º de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					
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 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Primer nombre <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Inicial <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Sufijo (JR, SR) <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Dirección <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					N.º de apto. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					☐ Use dirección de envío solamente para este pedido.																							
Ciudad <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Estado <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Código postal <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									
N.º telefónico/Día: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														N.º telefónico/Noche: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																			

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

 Sufijo
(JR, SR)

Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: --

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: _____

Afecciones 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

 Sufijo
(JR, SR)

Sexo: ☐ M ☐ F

Fecha de nacimiento: --

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: _____

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 registrada .

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

Vence:

☐ **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.

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

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)**

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

☐ **El próximo día laboral (\$23)**

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)

