



Estás en familia.

Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark™

Guía del usuario

Molina Medicare Options Plus HMO SNP

¡Es fácil comenzar el servicio!

Si necesita surtir su receta médica de inmediato, pida a su médico que le dé dos recetas médicas para sus medicamentos a largo plazo:

- La primera para un suministro a corto plazo (p. ej., 30 días) para surtir de inmediato en una farmacia minorista de la red.
- La segunda, para el suministro máximo de los días permitidos (un suministro máximo de 90 días) con un máximo de tres renovaciones (si es apropiado) para enviarla a la farmacia de CVS/caremark.
- Los miembros con subsidios por bajos ingresos (LIS, por sus siglas en inglés) pueden recibir 3 meses dentro de la categoría 1, 2, 3 o 4 usando el servicio por correo o medicamentos recetados en una farmacia minorista por el precio de 1 mes.

Pregúntele a su médico cómo obtener una receta médica por 90 días.

Ya sea que utilice el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark o compre sus medicamentos a largo plazo en una farmacia minorista dentro de la red, ¡hable con su médico hoy mismo para obtener una receta médica de 90 días y así ahorrar dinero!

Opciones de servicio de pedido por correo.

Si toma uno o más medicamentos a largo plazo, puede ahorrar tiempo y dinero con el servicio por correo y hacer que se los envíen a su casa.

Esto significa menos viajes a la farmacia y a la gasolinera.

Seleccione entre 4 maneras para ordenar.

- **Opción 1 – Correo** – Llene y envíe por correo el Formulario de Servicio de Pedidos por Correo de CVS/Caremark. Envíe el formulario y el pago a la dirección impresa en el formulario. Para nuevos pedidos, no se le olvide de incluir su receta médica.

Puede pagar en línea con: su cuenta de cheques, el servicio "Bill Me Later"® o una tarjeta de crédito. O bien, puede enviar por correo un cheque o giro postal. Si envía un pago por correo, no envíe dinero en efectivo.

- **Opción 2 – Internet** - Ingrese a la página web www.caremark.com e inicie una sesión o inscríbese pulsando "register now" (*inscríbese ahora*). Luego, bajo el menú desplegable de recetas médicas, seleccione "start mail service" (*comience el servicio por correo*) y siga, ya sea los pasos en línea o, con toda confianza, llene el formulario de pedido de servicio por correo y envíelo a CVS/caremark. La dirección postal está impresa en el formulario.
- **Opción 3 – Teléfono** – Llame gratuitamente a CVS Caremark al (866) 930-7591, TTY al 711 las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Proporcione su número de identificación de miembro (se encuentra en su tarjeta de identificación del plan), el nombre y número de teléfono de su médico, así como su propia dirección postal. Incluso puede utilizar el número de teléfono gratuito de arriba para ordenar renovaciones las 24 horas al día, los 7 días de la semana.
- **Opción 4 – Médico** – Proporcione el número de CVS/caremark al consultorio de su médico: (866) 930-7591 , TTY al 711, y pida a su médico que llame, envíe un fax o utilice ePrescribe para enviar su receta médica las 24 horas al día, los 7 días de la semana. Para acelerar el proceso, su médico necesitará su número de identificación de miembro (se encuentra en su tarjeta de identificación del plan), su fecha de nacimiento y su dirección postal.

¡Es todo! Una vez que CVS/caremark reciba su orden y pago (si es requerido) tomará aproximadamente 10 días para que usted reciba su orden.

Descubra lo fácil que es recibir sus medicamentos recetados en su casa. También puede ordenar renovaciones las 24 horas al día, los 7 días de la semana llamando al (866) 930-7591, TTY al 711. Si usted no recibe su orden en aproximadamente 10 días, por favor llame a CVS/caremark al (866) 930-7591, TTY al 711 las 24 horas al día, los 7 días de la semana.

Avisos de renovación.

Cuando utiliza el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS/caremark, puede seleccionar recibir una llamada, un correo electrónico o mensaje de texto avisándole la fecha en que puede renovar su receta médica.

Si solicita una alerta para no renovar medicamentos demasiado pronto, CVS/caremark le avisará cuando usted pueda solicitar una renovación.

¿Necesita ayuda o tiene preguntas?

Si necesita ayuda con cualquier asunto relacionado con el formulario o simplemente tiene preguntas sobre su beneficio de medicamentos, llame a nuestro Centro Telefónico de Farmacia al (888) 665-1328, TTY al 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p.m., hora local.

Molina Medicare Options Plus HMO SNP es un plan de salud con un contrato con Medicare y un 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, que incluyen braille, letra grande y audio.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Comuníquese con el plan de salud para obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, primas o copagos / coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año.

El formulario, red de farmacias o red de proveedores puede cambiar en cualquier momento. Usted recibirá notificación cuando sea necesario.



Formulario para Ordenar El Servicio por Correo

Envíe este formulario a:



CVS Caremark
PO BOX 94467
PALATINE, IL 60094-4467

No. 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

Instrucciones:

Use **tinta azul o negra**, 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 el número en su tarjeta de identificación de beneficios.

A Dirección de envío. Para enviar a una dirección diferente de la indicada anteriormente, escribe aquí los cambios.

Apellido Primer nombre Inicial Sufijo (JR, SR)

Dirección No. de apto. Use dirección de envío solamente para este pedido.

Ciudad Estado Código postal

No. telefónico/Día: - - No. 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



Por favor, doble aquí ↑

* WEB *

* WEB *



Estás en familia.

Molina Healthcare (Molina) cumple con todas las leyes federales de derechos civiles relacionadas a los servicios de atención médica. Molina ofrece servicios de atención médica a todo miembro, sin discriminar basándose en la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Molina no excluye personas ni las trata de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género. Esto incluye identidad de género, embarazo y estereotipo de sexo.

Para ayudarle a hablar con nosotros, Molina proporciona los siguientes servicios sin costo alguno:

- Ayuda y servicios para personas con discapacidades
 - intérpretes capacitados en el lenguaje de señas
 - material escrito en otros formatos (letra grande, audio, formatos accesibles electrónicamente y braille)
- Servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen entendimiento limitado del inglés
 - intérpretes capacitados
 - material escrito traducido a su idioma
 - material escrito de manera sencilla con lenguaje fácil de entender

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086; TTY al 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local.

Si usted cree que Molina no ha cumplido en proporcionar estos servicios o lo ha tratado de forma diferente basándose en su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o género, usted puede presentar una queja. Puede presentar su queja en persona, por correo, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para escribir su queja, le podemos ayudar. Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al (866) 606-3889 o TTY al 711. Envíe su queja por correo al:

Civil Rights Coordinator
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802

También puede enviar su queja por correo electrónico al civil.rights@molinahealthcare.com. O envíe su queja por fax al (562) 499-0610.

También puede entablar una queja sobre derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. Puede enviarlo por correo a:

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

También puede enviarlo usando el portal de la página web de la Oficina para Quejas sobre Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

Si usted necesita ayuda, llame al 1-800-368-1019; TTY al 800-537-7697.

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 आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-665-3086 (TTY: 711) पर कॉल करें।

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: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-665-3086 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Armenian

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

Cambodian

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល 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 አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል። ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-665-3086 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)።

Bengali

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮০০-৬৬৫-৩০৮৬ (TTY: ৭১১)।

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 dɛ nìà kɛ dyédé gbo: ɔ jũ ké m [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, níí, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ̀in m̀ gbo kpáa. Dá 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: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່
ເສຍຄ່າ, ແມ່ນມີຮັບໃຊ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-665-3086 (TTY: 711).

Navajo

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'anída'áwo'déé', t'áá
jiiik'eh, éi ná hóló, koji' hódíilnih 1-800-665-3086 (TTY: 711.)

Nepali

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

