

**Programa de servicio de farmacia por correo de CVS Caremark:  
Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan's  
Servicio de pedido de medicamentos con receta por correo**

Estimado miembro:

Usted es muy importante para Molina Dual Options. Queríamos ofrecerle la posibilidad de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de pedido de medicamentos con receta por correo de Molina Dual Options. Si toma uno o más medicamentos con regularidad (conocidos como *medicamentos de 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:*

**Verifique que sus medicamentos estén disponibles a través del Programa de servicio de farmacia por correo de CVS Caremark**

①

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) 581-7142, servicio TTY: los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, para averiguar qué medicamentos están disponibles.

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

②

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:**



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.

③



Regístrese en línea en [www.caremark.com](http://www.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) 467-5551, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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 una receta médica en línea a CVS Caremark al (866) 467-5551, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. 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, 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) 467-5551; TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

### ***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, correo electrónico o 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, 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 (877) 581-7142, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local. ¡Estamos aquí para ayudarle!

Atentamente.  
Molina Dual Options

El plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid es un plan de salud que contrata con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo en otros formatos, como letra grande, sistema Braille o audio. Llame al (877) 581-7142, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>



# 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)

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](http://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

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 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, sustuiremos 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.



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

**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

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo (JR, SR)

APODO

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

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

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo (JR, SR)

APODO

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

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.

# de la Tarjeta \_\_\_\_\_ Vence: MM/AA

**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)**

**El próximo día laboral (\$23)**

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

**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)

