



**Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS Caremark:
Servicio de Pedido por Correo de Recetas Médicas de Molina Medicare Complete Care
HMO SNP**

Usted es importante para nosotros en Molina Healthcare. Es por eso que nos gustaría ofrecerle una manera de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de pedido por correo de recetas médicas de Molina Healthcare. Si toma uno o más medicamentos de forma regular (conocidos como *medicamentos a largo plazo*), nos asociamos con el **Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS Caremark** para enviarlos por correo directamente a su domicilio. Cada pedido contiene un suministro de hasta 90 días por receta médica. Ya no tendrá que ir a la farmacia o esperar en la fila: ¡el medicamento va *hacia usted*!

Reciba sus medicamentos a largo plazo en su domicilio en 3 sencillos pasos:

- 1 Asegúrese de que sus medicamentos estén disponibles a través del Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS Caremark** Algunos medicamentos a largo plazo *no están* disponibles a través del servicio de pedidos por correo. Consulte nuestro Formulario (Lista de Medicamentos Cubiertos) o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086, usuarios de TTY pueden llamar al 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local para averiguar cuáles están disponibles.
- 2 Solicite a su doctor que le entregue una receta médica de 90 días** Hable con su doctor sobre el servicio de pedido por correo de recetas médicas. Para comenzar, su doctor deberá entregarle una receta médica de 90 días con un máximo de tres renovaciones (si es apropiado). Este es el suministro máximo que su doctor puede recetar.
Nota: Si necesita sus medicamentos de inmediato, solicite a su doctor una receta médica de 30 días. Puede surtirse en una farmacia de la red mientras espera que llegue su pedido por correo.

Elija una de estas opciones para recibir sus pedidos:



Complete el Formulario de Servicio de Pedido por Correo de CVS/caremark adjunto a esta carta. Envíe por correo la forma completamente llena, el pago (si es necesario) y su receta médica de 90 días a la dirección indicada en el formulario.

3



Regístrese en línea en www.caremark.com. Si esta es la primera vez que visita la página web, haga clic en Registrarse ahora para crear una cuenta. Una vez que inicie sesión, haga clic en Recetas Médicas para visualizar un menú desplegable, seleccione Activar el Servicio de Correo y siga los pasos en línea.



Llame a CVS/caremark al (866) 467-5461, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Proporcione su número de Miembro (que aparece en su tarjeta de identificación del Plan), los nombres de los medicamentos en su receta médica, el nombre y número de teléfono de su doctor y su dirección postal.



Solicite a su doctor que realice el pedido por usted. Su consultorio puede llamar, enviar un fax o enviar una receta médica electrónica a CVS/caremark al (866) 467-5461, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Asegúrese de proporcionar a su doctor su número de Miembro (que aparece en su tarjeta de identificación del Plan), su fecha de nacimiento y dirección postal para que pueda realizar el pedido.

¡Eso es todo! **Una vez que CVS/caremark reciba su pedido y pago (si es necesario), sus recetas médicas llegarán por correo dentro de un plazo de 10 días.** Si tiene alguna pregunta o si su medicamento no llega a tiempo, llame a CVS/caremark al (866) 467-5461, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Cuándo llegue el momento de renovar la receta médica del medicamento a largo plazo...

Puede optar por recibir un recordatorio cuando deba renovar sus recetas médicas a largo plazo. CVS/caremark le llamará, enviará un correo electrónico o un mensaje de texto con la fecha en la que podrá renovar sus medicamentos a largo plazo. **Puede realizar el pedido de renovación por correo, en línea o por teléfono.** Si solicita una renovación demasiado pronto, CVS/caremark le informará cuándo podrá solicitar una renovación. Una vez que CVS/caremark reciba su pedido de renovación y el pago (si es necesario), recibirá sus recetas médicas por correo dentro de un plazo de 10 días.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda con el Programa de Servicio de Farmacia por Correo de CVS Caremark, llame a nuestro Centro Telefónico de Farmacia al (800) 665-3086, TTY: 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. ¡Estamos aquí para servirle!

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, audio y letra grande.



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



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

Sufijo
(JR, SR)

Apellido

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: _____

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

Primer nombre

Sufijo
(JR, SR)

Apellido

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: _____

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:
MMAA

☐ **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.

MOF SP WEB 0917 SSI

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

