

Programa de servicio de farmacia por correo de CVS/caremark: Servicio de pedido de medicamentos con receta por correo Molina Dual Options STAR+PLUS MMP

Usted es muy importante para Molina. Por lo tanto, queremos ofrecerle la posibilidad de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de pedido de medicamentos con receta por correo de Molina Dual Options STAR+PLUS MMP. Si toma uno o más medicamentos con regularidad (conocidos como 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 nuestro formulario (lista de medicamentos cubiertos) o comuníquese con Servicios para los miembros al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local para averiguar qué medicamentos 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:



Complete el formulario de servicio 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. 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 (888) 838-3769, 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 (888) 838-3769, 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, recibirá los medicamentos recetados por correo en 10 días.** Si tiene alguna pregunta o no recibe los medicamentos oportunamente, llame a CVS/caremark al (888) 838-3769; TTY: 711, 24/7.


Quando 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, 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 (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. ¡Estamos aquí para ayudarlo!

Molina Dual Options STAR+PLUS MMP es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Texas Medicaid para proporcionar beneficios de ambos programas a los afiliados. Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (866) 856-8699, 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) <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
Nombre del patrocinador del plan de recetas o nombre de la compañía <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

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 <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Primer nombre <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Inicial <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Sufijo (JR, SR) <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Dirección <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	N.º de apto. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	○ Use dirección de envío solamente para este pedido.	
Ciudad <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	Estado <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Código postal <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
N.º telefónico/Día: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		N.º telefónico/Noche: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

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.



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

Sexo: M F Fecha de nacimiento: ____-____-____
 Sufijo (JR, SR) _____

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

Sexo: M F Fecha de nacimiento: ____-____-____
 Sufijo (JR, SR) _____

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)
 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)

