

## Programa de servicio de farmacia por correo de CVS/caremark: Servicio de farmacia por correo de Molina Medicare Options Plus HMO SNP

Para Molina Healthcare, usted es muy importante. Por lo tanto, queremos ofrecerle la posibilidad de ahorrar tiempo y dinero con el servicio de farmacia por correo de Molina Healthcare. Si toma medicamentos con regularidad (*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:

**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 el Formulario (lista de medicamentos cubiertos) o llame a Servicios para Miembros, al (800) 665-3086. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, del 1.<sup>º</sup> de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.<sup>º</sup> de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, para consultar cuáles 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:**



**3** Complete el Formulario de servicio por correo de CVS/caremark adjunto a esta carta. Envíe el formulario completo por correo, pago (si corresponde), y la receta de 90 días a la dirección impresa en el formulario.



Regístrese en línea, en [www.caremark.com](http://www.caremark.com). Si es la primera vez que usa el sitio 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) 232-5416, 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. El personal del consultorio puede llamar, enviar por fax o enviar su receta en línea CVS/caremark al (866) 232-5416, 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 y el pago (si corresponde), 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) 232-5416, 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 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 y el pago (si corresponde), 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 (800) 665-3086, TTY 711, del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días a la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. ¡Estamos para ayudarle!



**Formulario para Ordenar  
El Servicio por Correo**

		<b>Envíe este formulario a:</b>
		 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 		

Por favor, doble aquí ↑

**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 **reposiciónes**: 

**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

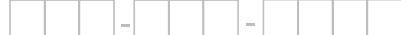


Estado



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 sustituymos su medicamento por uno genérico, denos instrucciones específicas, más los nombres de los medicamentos, en la sección de "Instrucciones Especiales" de este formulario.

\* WEB

\*

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



\* WEB \*

\*



**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        I

Apellido

Sufijo  (JR, SR)

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        I

Apellido

Sufijo  (JR, SR)

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.

#  D E  T A R J E T A    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.

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





Your Extended Family.

Molina Healthcare (Molina) complies with all Federal civil rights laws that relate to healthcare services. Molina offers healthcare services to all members without regard to race, color, national origin, age, disability, or sex. Molina does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex. This includes gender identity, pregnancy and sex stereotyping.

To help you talk with us, Molina provides services free of charge:

- Aids and services to people with disabilities
  - Skilled sign language interpreters
  - Written material in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, Braille)
- Language services to people who speak another language or have limited English skills
  - Skilled interpreters
  - Written material translated in your language
  - Material that is simply written in plain language

If you need these services, contact Molina Member Services at (800) 665-3086; TTY 711, 7 days a week, 8 a.m. - 8 p.m., local time.

If you think that Molina failed to provide these services or treated you differently based on your race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint. You can file a complaint in person, by mail, fax, or email. If you need help writing your complaint, we will help you. Call our Civil Rights Coordinator at (866) 606-3889, or TTY, 711. Mail your complaint to:

Civil Rights Coordinator  
200 Oceangate  
Long Beach, CA 90802

You can also email your complaint to [civil.rights@molinahealthcare.com](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com). Or, fax your complaint to (562) 499-0610.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights. Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>. You can mail it to:

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

You can also send it to a website through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

If you need help, call 1-800-368-1019; TTY 800-537-7697.

7397019MED0917



Your Extended Family.

## 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 (телефон: 711).

## Arabic

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-665-3086 (رقم هاتف الصم

والبكم: 711).

## **Hindi**

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके हिन्दी मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-665-3086 (TTY: 711) पर कॉल करें। ह

## **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: گریه زبان فارسی گشگو میکوهد ممکن است ترجمه این متن به فارسی ام میباشد. 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## **Armenian**

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

## **Cambodian**

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាដំឡើយផ្លូវការភាសា នៅលើ 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: የሚገኘት ቅጂዬ አማርኛ ካሆን የትርጉም እርዳታ ይርሱታል፡፡ በኋላ ለማግኘት ተዘጋጀታል፡ ወደ ማከተለው ቁጥር ይደውሉ፡ 800-665-3086 (መስማት ለተሳናቸው፡ 711)。

## Bengali

ଲକ୍ଷ୍ୟ କରନ୍ତି: ଯଦି ଆପଣି ବାଂଲା, କଥା ବଲିବା ପାରେନ, ତାହାରେ ନିଃଖରଚାଯ ଭାଷା ସହାୟତା ପରିଷେବା ଉପଲବ୍ଧ ଆଛେ। ଫୋନ କରନ୍ତି ୧-୮୦୦-୬୬୫-୩୦୮୬ (TTY: ୭୧୧)।

## Cushite (Oromo language)

XIYYEFFANNA: 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 નિઃશુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Kru(Bassa language)

Dè dè nià kë dyédé gbo: Ò jù ké mì [Bàsóò-wùdù-po-nyò] jù ní, nií, à wuđu kà kò dò po-poò bénin mì gbo kpáa.  
Đá 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: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການປ່ວກົງນອວ່ຍເຫຼືດນັ້ນພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັ້ນຄ່າ, ແມ່ນ່ຳມືຜິ້ນໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Navajo

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go **Diné Bizaad**, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódiílnih 1-800-665-3086 (TTY: 711.)

## Nepali

६४८०८०६६५३०८६ (टिटिवाइ: ७११) |

## Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-665-3086 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## Pennsylvania Dutch

Wann du [Deitsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetscht, kannscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Romanian

ATENȚIE: Dacă vorbiți limba română, vă stau la dispoziție servicii de asistență lingvistică, gratuit. Sunați la 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Serbo-Croatian

OBAVJEŠTENJE: Ako govorite srpsko-hrvatski, usluge jezičke pomoći dostupne su vam besplatno. Nazovite 1-800-665-3086 (TTY- Telefon za osobe sa oštećenim govorom ili sluhom: 711).

## Syriac (Assyrian language)

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِيْمِ يٰعٰشِيْرَ الْمُكَبِّلَاتِ وَالْمُكَبَّلَاتِ يٰعٰشِيْرَ الْمُكَبِّلَاتِ وَالْمُكَبَّلَاتِ 1-800-665-3086 (TTY: 711)

## Thai

ເຮືອນ: ຄໍາຄຸນພຸດກາຍາໄທບໍ່ມີສາມາດໃຊ້ບໍລິການຊ່າຍເຫັນທາງກາຍາໄດ້ພໍໃຈ ໂທ 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Tongan

FAKATOKANGA'I: Kapau 'oku ke Lea-Fakatonga, ko e kau tokoni fakatonu lea 'oku nau fai atu ha tokoni ta'etotongi, pea teke lava 'o ma'u ia. Telefoni mai 1-800-665-3086 (TTY: 711).

## Ukrainian

УВАГА! Якщо ви розмовляєте українською мовою, ви можете звернутися до безкоштовної служби мовної підтримки. Телефонуйте за номером 1-800-665-3086 (телефон: 711).

## Urdu

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-665-3086 (TTY: 711)