

Formulario de pedido de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) para la salud y el bienestar de 2022

Haga su pedido y pida que se lo envíen a su hogar

Es posible que necesite productos para la salud y el bienestar de venta sin receta, pero puede ser difícil incluirlos en su presupuesto. Para ayudarlo, su plan de salud ofrece un beneficio de venta sin receta que le permite comprar algunos de estos productos y hacer que se los envíen a su hogar.

Cómo hacer su pedido



Por correo o por fax

Debido al tiempo adicional que implica recibir su solicitud por correo postal, le recomendamos que considere tiempo adicional al realizar su pedido. Si su plan incluye un subsidio mensual, envíe su pedido alrededor del día 20 de cada mes. Si tiene un subsidio trimestral, envíe su pedido antes de la última semana del período de su subsidio. Los últimos meses de los trimestres son marzo, junio, septiembre y diciembre.

Envíe su formulario de pedido por correo a:

P.O. Box 1197
Cincinnati, OH 45201-1197

o envíe por fax las páginas del formulario de pedido al **1-800-379-7617**



Por teléfono

844-330-7780 (TTY: **711**)

de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.

Usando su cuenta OTC



Si su pedido es superior al subsidio del plan, ingrese la información de su tarjeta de crédito para pagar la cantidad adeudada restante. Se aplicará un impuesto sobre las ventas a los saldos que superen la cantidad del subsidio. Si su pedido no se paga en su totalidad, se cancelarán artículos para que el total del pedido sea igual o inferior a su subsidio para beneficios. **Si no envía el pago completo, los artículos se cancelarán para que el total de su pedido sea igual o inferior a su asignación de beneficios. Asegúrese de proporcionar su información de pago cada vez que realice un pedido por encima del monto permitido.**

Si tiene un plan que incluye subsidio con transferencia, su saldo no utilizado se trasladará al mes o trimestre siguiente y vencerá el 31 de diciembre de 2022. Si tiene un plan que no incluye un subsidio con transferencia, su subsidio deberá utilizarse dentro de cada mes o trimestre, dependiendo de su plan.



Si tiene preguntas sobre cómo utilizar el beneficio de productos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés), llame al **844-330-7780** (TTY: **711**), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.

Formulario de pedido de productos para la salud y el bienestar para 2022



904



INFORMACIÓN DEL AFILIADO

ID del afiliado (en su tarjeta de identificación)

Fecha de nacimiento

Sexo

 Hombre
 Mujer

Nombre

Apellido

ISN

Número de calle

Nombre de la calle

N.º apto/suite

Código de urbanización (solo para las direcciones de Puerto Rico)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono diurno

Teléfono nocturno

Marque la casilla si esta es una dirección nueva:

¿En qué mes desea recibir este pedido?

Si no se selecciona un mes, el pedido se procesará el mes en que se reciba su solicitud.

INFORMACIÓN DE PAGO (si aplica)

Si su pedido total es inferior al subsidio de su plan, NO tendrá que incluir ningún pago y recibirá los artículos que haya pedido. Si su pedido es superior al subsidio del plan, ingrese la información de su tarjeta de crédito a continuación para pagar la cantidad adeudada restante. **Si no se envía el pago completo, se cancelarán artículos para que el total del pedido sea igual o inferior al subsidio para beneficios. Asegúrese de proporcionar su información de pago cada vez que solicite una cantidad superior al subsidio.**

No envíe dinero en efectivo.

Para pagar con tarjeta de crédito, complete la siguiente información:

Número de tarjeta de crédito o débito

Fecha de vencimiento

Nombre del titular de la tarjeta

Apellido del titular de la tarjeta

Firma del titular de la tarjeta:

Los pedidos se enviarán a su hogar sin costo alguno por FedEx, UPS o el Servicio Postal de los Estados Unidos (U.S. Postal Service). El procesamiento de su pedido demorará entre 10 y 14 días hábiles desde el momento en que la farmacia lo reciba. **Los pedidos pueden dividirse en múltiples envíos.** Recibirá un genérico equivalente al producto de marca. Esta lista de productos está sujeta a cambios. Si un producto no está disponible o en existencias, puede sustituirse por un producto similar sin costo adicional. También se puede enviar el producto de marca. **La farmacia se reserva el derecho a limitar las cantidades de suministros y medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) que se despachan.** Consulte a su proveedor de cuidado de la salud antes de tomar medicamentos de venta sin receta. Algunos artículos pueden variar según el fabricante (por ejemplo: las pastillas, comprimidos, cápsulas o cápsulas blandas masticables pueden sustituirse unas por otras). No se aceptan devoluciones o reembolsos por artículos que se despacharon debidamente.

H5608_OTCFORMSP_C

ID del afiliado (en su tarjeta de identificación)

□□□□□□□□□□ - □□

Fecha de nacimiento

□□ / □□ / □□□□



904A



Nombre

□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Apellido

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□ □

ISN

SELECCIÓN DE PRODUCTOS

*Escriba la cantidad de producto que desea recibir, no el tamaño del paquete que se indica en el catálogo.

Código del producto	Nombre del producto	Cantidad*	Precio
Ejemplo: 0 1 6	Aspirina en dosis baja con recubrimiento entérico, 81 mg	1	\$6
1 OTC □□□	_____	□	_____
2 OTC □□□	_____	□	_____
3 OTC □□□	_____	□	_____
4 OTC □□□	_____	□	_____
5 OTC □□□	_____	□	_____
6 OTC □□□	_____	□	_____
7 OTC □□□	_____	□	_____
8 OTC □□□	_____	□	_____
9 OTC □□□	_____	□	_____
10 OTC □□□	_____	□	_____
11 OTC □□□	_____	□	_____
12 OTC □□□	_____	□	_____
13 OTC □□□	_____	□	_____
14 OTC □□□	_____	□	_____
15 OTC □□□	_____	□	_____

Para realizar su pedido por correo, envíe la página completada del formulario de pedido de productos junto con la información de la tarjeta de crédito (si aplica) a:
 P.O. Box 1197
 Cincinnati, OH 45201-1197

Cant. total del pedido \$ _____
 Subsidio del plan \$ _____
 Cant. total adeudada restante \$ _____

Se aplicará un impuesto sobre las ventas a los saldos que superen la cantidad del subsidio

Obtenga respuestas para sus preguntas

By phone:

844-330-7780 (TTY: **711**)

de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.

*Se prohíbe la venta de productos que contengan dextrometorfano a afiliados menores de 18 años. Cantidad límite de dos por pedido.

**Limitado a uno por año del plan. Antes de comprar este artículo de venta sin receta, se recomienda al afiliado que hable con su proveedor personal para determinar si su uso es adecuado.

+El producto no puede enviarse a apartados postales, Alaska, Hawaii o Puerto Rico

**Se prohíbe la venta de productos que contengan nicotina a afiliados menores de 21 años.

Solo los afiliados del plan pueden comprar artículos de venta sin receta. Está prohibido comprar artículos de venta sin receta para familiares y amigos. Los productos de venta sin receta cubiertos que se hayan comprado en circunstancias de emergencia pueden ser elegibles para reembolso cuando esté disponible el subsidio para beneficios.

Los siguientes artículos no están cubiertos por este beneficio de productos de venta sin receta (artículos no elegibles): artículos para bebés, anticonceptivos, artículos de comodidad (no médicos), cosméticos y suplementos alimenticios.

Solo se dispondrá de una cantidad de subsidio si su plan ofrece el servicio de productos y medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) como beneficio.

Llame a la farmacia al **844-330-7780** (TTY: **711**) si tiene preguntas sobre su pedido o sobre cómo usar este beneficio, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 11 p.m., y los sábados, de 8 a.m. a 6:30 p.m., hora del este.