

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



904



INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nro. de id. de miembro para recetas (de su tarjeta de id.)

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 este 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



904A



Nro. de id. de miembro para recetas (de su tarjeta de id.)

Fecha de nacimiento

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: 016	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



Productos de venta libre para 2022

Formulario de pedido de productos de salud y bienestar

Es posible que necesite productos de salud y bienestar de venta libre (over-the-counter, OTC), pero puede ser difícil presupuestarlos. Para ayudarlo, su plan Elevate Medicare Advantage ofrece un beneficio para productos de venta libre que le permite comprar algunos de ellos y recibirlos en su hogar.

Cómo realizar el pedido



Por correo o fax:

Debido al tiempo que tarda recibir su solicitud por correo, le rogamos que prevea un tiempo extra al realizar su pedido. Envíe su pedido antes de la última semana del trimestre (marzo, junio, septiembre y diciembre).

Envíe su formulario de pedido 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 6 a.m. a 9 p.m. y los sábados de 6 a.m. a 4:30 p.m., horario de la montaña.

Cómo utilizar su cuenta de OTC

Si su pedido excede su asignación, incluya su cheque, giro postal o ingrese la información de su tarjeta de crédito para pagar el monto restante que adeuda. Los saldos superiores al monto de la asignación incluirán el impuesto sobre las ventas. **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 brindar su información de pago cada vez que realice un pedido superior al monto de la asignación.**



Este beneficio no incluye una asignación por transferencia; su asignación deberá usarse dentro de cada trimestre; toda asignación no utilizada no se transferirá.

Deberá proveer su número de identificación para recetas cuando complete el formulario de pedido. El número de identificación para recetas se encuentra en su tarjeta de identificación de miembro.

ELEVATE MEDICARE ADVANTAGE

Card Issued:
Member Name:
Member ID #:
Group Plan:
Group #:

**ELEVATE
MEDICARE ADVANTAGE**
Denver Health Medical Plan Inc..

MedImpact
RxBIN:
RxPCN:
RxGrp:
Rx ID #:

MedicareRx
Prescription Drug Coverage
CMS-H5608-001

Envíe su solicitud utilizando su número de identificación para recetas de su tarjeta de identificación de miembro de Elevate Medicare Advantage.

* La venta de productos que contienen dextrometorfano está prohibida a los miembros menores de 18 años. Limite la cantidad de dos por pedido.

**Límite de uno por año del plan. Antes de la compra, se recomienda encarecidamente a las personas inscritas que tengan una conversación con su proveedor personal sobre la idoneidad de este artículo de venta libre.

+ El producto no se puede enviar a apartados postales, Alaska, Hawái o Puerto Rico.

++ La venta de productos que contienen nicotina está prohibida a miembros menores de 21 años.

Los artículos de OTC se pueden adquirir solo para las personas inscritas. Está prohibido comprar artículos de OTC para familiares y amigos. La compra de productos de OTC cubiertos hecha en circunstancias de emergencia puede ser elegible para reembolso cuando la asignación de beneficios esté disponible. No se aceptan devoluciones ni reembolsos de artículos que se entregaron correctamente.

Los siguientes artículos no están cubiertos por este beneficio de OTC (artículos no elegibles): artículos para bebés, anticonceptivos, artículos de conveniencia (artículos no médicos), cosméticos y suplementos alimenticios.

El beneficio de OTC solo está disponible para nuestros miembros de Elevate Medicare Advantage. Llame al **844-330-7780** (TTY **711**) si tiene preguntas sobre su pedido o sobre cómo utilizar este beneficio, de lunes a viernes de 6 a.m. a 9 p.m. y los sábados de 6 a.m. a 4:30 p.m., horario de la montaña.