

Bienvenido

Guía para ayudarle a aprovechar al máximo sus servicios del beneficio de farmacia

Serve You Rx es un administrador nacional de beneficios de farmacia que su organización ha elegido para brindarles un beneficio de farmacia a usted y a sus familiares con cobertura. Ofrecemos una amplia gama de herramientas y servicios para ayudar a maximizar su beneficio de farmacia y administrar mejor los costos de sus medicamentos recetados a través de la toma de decisiones informadas.

USE ESTE FOLLETO PARA SABER...

- Dónde obtener medicamentos recetados en su área
- Cómo usar nuestra conveniente **farmacia de servicio por correo DirectRxSM de Serve You**
- Consejos para tomar decisiones informadas sobre su beneficio de farmacia

SU PAQUETE DE BIENVENIDA INCLUYE LO SIGUIENTE...

- *Formulario de recetas nuevas y reabastecimiento de recetas*
- *Formulario de transferencia de recetas*



¿TIENE ALGUNA PREGUNTA?

Los representantes internos de Servicios para Miembros de Serve You Rx están disponibles 364 días al año, y los farmacéuticos de Serve You Rx están siempre disponibles por teléfono las 24 horas del día para responder preguntas sobre sus recetas del servicio por correo. Simplemente llame o visite el sitio web:



800-759-3203



serve-you-rx.com

Encontrar una farmacia minorista

La red nacional de farmacias minoristas de Serve You comprende a más de 66,000 farmacias, incluidas todas las cadenas de farmacias y la mayoría de las farmacias independientes.

Si necesita ayuda para encontrar una farmacia participante o para verificar si su farmacia actual se encuentra en la red, puede iniciar sesión en el Portal para miembros en serve-you-rx.com, o bien puede llamar a Servicios para Miembros al **800-759-3203**.

Usar la farmacia de servicio por correo DirectRxSM de Serve You

La farmacia de servicio por correo DirectRx de Serve You (**DirectRx Mail**), nuestro servicio por correo de propiedad y administración exclusivas, es una manera segura, conveniente y a menudo económica para abastecer recetas de mantenimiento que se toman con regularidad para afecciones médicas crónicas o a largo plazo, como colesterol alto, presión arterial alta y diabetes, entre otras. Servicios de **DirectRx Mail**:

- Entrega estándar gratis de medicamentos de mantenimiento en su hogar o departamento
- Opciones de reabastecimiento convenientes por Internet, teléfono o correo postal
- Suministro de hasta 90 días para la mayoría de los medicamentos
- Acceso las 24 horas, los 7 días de la semana a farmacéuticos de Serve You para preguntar sobre las recetas abastecidas por **DirectRx Mail**
- Opciones de empaquetado seguro y confidencial, como sello inviolable y paquetes resistentes a la intemperie

Es fácil abastecer una receta con la farmacia de servicio por correo DirectRxSM de Serve You

Pídale al médico que presente una receta para el suministro de la cantidad máxima de días de sus medicamentos de mantenimiento que permita su plan, más los reabastecimientos si corresponde, a la farmacia de servicio por correo DirectRx de Serve you (**DirectRx Mail**) por los siguientes medios:

1. Por teléfono al **800-759-3203**
2. Por fax al **866-494-0364**
3. De manera electrónica a *DirectRx Mail*

ENVÍE LA RECETA POR ESCRITO PARA MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO

1. Visite serve-you-rx.com.
2. Haga clic en **Members (Miembros)**, diríjase a **Forms (Formularios)** y descargue el **New Prescription & Refill Order Form (Formulario de recetas nuevas y reabastecimiento de recetas)** que también se encuentra en este Paquete de bienvenida.
3. Complete el formulario y envíelo por correo postal, junto con la receta original por escrito y el copago correspondiente a la siguiente dirección: Serve You, P.O. Box 26096, Milwaukee, WI 53226

DirectRx Mail acepta Visa, MasterCard, American Express, Discover, cheques personales y giros bancarios.

TRANSFIERA SUS RECETAS A DIRECTRX MAIL

Llame a Servicios para Miembros de Serve You al **800-759-3203** y bríndele la siguiente información al representante:

- Nombre y número de teléfono de la farmacia actual
- Nombre del medicamento recetado y el número que aparece en la etiqueta del medicamento
- Cantidad de reabastecimientos restantes

También puede completar y enviar por correo postal el Formulario de transferencia de recetas que se encuentra en este Paquete de bienvenida.

TRES MANERAS DE REABASTECER SU RECETA CON DIRECTRx MAIL

- 1. En línea:** Visite serve-you-rx.com y haga clic en el vínculo *EZRefillRx*.
- 2. Por teléfono:** Llame al **800-759-3203** para usar la línea automática de *EZRefillRx*, disponible las 24 horas. Tenga a mano el número de receta y la información de pago.
- 3. Por correo postal:** Complete y envíe el *Formulario de recetas nuevas y reabastecimiento de recetas* que se envió con su pedido anterior. También puede descargar este formulario por Internet (*ver arriba*) o usar la copia impresa que se adjunta a este Paquete de bienvenida.

Tomar decisiones informadas

LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS DE SERVE YOU

Una Preferred Drug List (PDL, lista de medicamentos preferidos) es una lista de medicamentos recetados que cubre su plan de medicamentos recetados. Tiene como objetivo ayudarles a usted y a su médico a elegir tratamientos con medicamentos seguros, eficaces y económicos. Usar los medicamentos en la PDL a menudo conlleva gastos de bolsillo más bajos para usted. La PDL está disponible en inglés y español en serve-you-rx.com o por teléfono llamando a Servicios para Miembros al **800-759-3203**.

ENCUENTRE EL COPAGO MÁS BAJO

What's My Copay? (¿Cuánto es mi copago?) es una de las funciones más populares del Portal para miembros por Internet de Serve You que le permite hacer lo siguiente:

- Comparar el costo de usar medicamentos de marca en comparación con medicamentos genéricos
- Comparar los costos entre las farmacias para encontrar el copago más bajo posible

ALTERNATIVAS MÁS ECONÓMICAS

Los medicamentos genéricos contienen los mismos ingredientes activos que sus equivalentes de marca y pueden ser considerablemente más económicos. Por lo tanto, se entregará un equivalente genérico aprobado por la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos) siempre que sea posible según la disponibilidad y si su médico lo aprueba.

Si elige abastecer su receta con un medicamento de marca cuando está disponible un medicamento genérico, se le puede pedir que pague la diferencia en el costo además de su copago. Le recomendamos que le pregunte a su médico o farmacéutico si hay un genérico disponible para sus medicamentos, ya que esto puede ayudarle a ahorrar de manera considerable.

Consejos rápidos serve-you-rx.com



ENCONTRAR LA LISTA DE MEDICAMENTOS PREFERIDOS DE SERVE YOU RX

Haga clic en *Members (Miembros)*.

Desplácese hacia abajo hasta la versión que se aplica a su beneficio

USAR WHAT'S MY COPAY?

Inicie sesión en el Portal para miembros.

Haga clic en *What's My Copay? (¿Cuánto es mi copago?)* en la barra de navegación superior y siga las instrucciones.

SERVE YOU

P.O. Box 26096, Milwaukee, WI 53226
800-759-3203

SERVE-YOU-RX.com

Formulario de recetas nuevas y reabastecimiento de recetas

SERVICIOS PARA MIEMBROS:

800-759-3203

ENVÍE POR CORREO POSTAL O POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO:

Serve You DirectRxSM Pharmacy
P.O. Box 26096
Milwaukee, WI 53226
FAX 866-494-0364

Recetas nuevas: Complete la página 1 y la sección "Información del paciente" en la página 2. Envíe el formulario por correo postal junto con las recetas por escrito originales del profesional que extiende la receta y el pago completo.

Reabastecimiento de recetas: Complete la página 1 y la sección "Reabastecimiento" en la página 2. Envíe el formulario por correo postal o por fax junto con el pago completo.

Para obtener otros formularios, visite serve-you-rx.com.

Complete en letra de imprenta.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA Establecer una cuenta* (ver la NOTA)

Nombre del empleador/plan de salud: _____

Núm. de id. de miembro: _____ Núm. de grupo: _____ Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: _____

Dirección permanente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de entrega: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Si es diferente de la dirección permanente) Solo para este pedido

Núm. de teléfono principal: (_____) _____ - _____ Móvil Laboral Particular

Núm. de teléfono alternativo: (_____) _____ - _____ Móvil Laboral Particular

Dirección de correo electrónico: _____

Si proporciona su dirección de correo electrónico y número de teléfono, nos autoriza a comunicarnos con usted para informarle sobre su cuenta o nuestros servicios. La dirección de correo electrónico se usará para enviar la información del seguimiento del pedido y la confirmación del envío.

MÉTODO DE PAGO

Cheque o giro bancario: (Pagadero a: Serve You Rx) **Cantidad total adjuntada: \$** _____

Para autorizar el pago con tarjeta de crédito, proporcione la siguiente información:

Usar la tarjeta de crédito registrada: Últimos cuatro dígitos de la tarjeta registrada: _____

Tarjeta de crédito: MasterCard VISA American Express Discover

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: _____ Código postal de facturación: _____

Núm. de la tarjeta de crédito: _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de vencimiento (mes/año): ____/____/____

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____

Autorizo a Serve You Rx a mantener en los registros mi tarjeta de crédito como método de pago para cualquier cargo futuro. Entiendo que todos los pedidos de recetas solicitados por mí o las recetas nuevas proporcionadas a Serve You Rx por mi médico se procesarán y enviarán de manera automática usando esta tarjeta para el pago.

Certificación y autorización: Certifico que la información en este formulario es correcta y también entiendo que los beneficios están sujetos a mi elegibilidad para el plan médico y mi participación en este. Certifico que yo o mis dependientes para los que se adjuntan las recetas no tenemos cobertura principal de medicamentos recetados en virtud de ningún otro plan médico.

NOTA: *Todas las comunicaciones, incluidas las recetas enviadas por correo postal, se dirigirán al titular de la tarjeta. Si un dependiente con cobertura desea recibir comunicaciones directas, debe incluir una solicitud por escrito con cualquier pedido de receta.*

*Para cada cuenta, todas las recetas pedidas se envían en paquetes separados.

Firma: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____

Recetas nuevas

Complete en letra de imprenta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 1: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 2: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 3: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 4: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 5: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 6: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

Reabastecimiento de recetas:

Complete en letra de imprenta.

Los pedidos de reabastecimiento pueden enviarse por fax al **866-494-0364** o por correo postal a la dirección que aparece en la página 1.

**Nombre del paciente
(apellido, primer nombre,
inicial del segundo nombre)**

**Fecha de
nacimiento**

Número de receta

Nombre del medicamento

_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Para pedir rápido un reabastecimiento por Internet, visite serve-you-rx.com y haga clic en EzRefillRX, o bien llame al **800-759-3203**.

Formulario de transferencia de recetas

Si actualmente usa un servicio por correo o una farmacia local para abastecer sus recetas, es fácil transferirlas a la farmacia de servicio por correo DirectRxSM de Serve You con este formulario. Se hará un pedido para todas las recetas marcadas como "Abastecer" en la página 2. Si tiene preguntas, puede comunicarse con Servicios para Miembros al **800-759-3203**.

ENVÍE POR CORREO POSTAL O POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO:

Serve You DirectRx Pharmacy
P.O. Box 26096
Milwaukee, WI 53226
FAX 866-494-0364

INSTRUCCIONES: Complete la página 1 y la sección "Información para transferencia de recetas" en la página 2. Envíe ambas páginas de este formulario de transferencia completo por correo postal o por fax, junto con el pago si corresponde.

Para obtener otros formularios, visite serve-you-rx.com.

Complete en letra de imprenta.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA Establecer una cuenta* (ver la NOTA)

Nombre del empleador/plan de salud: _____

Núm. de id. de miembro: _____ Núm. de grupo: _____ Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: _____

Dirección permanente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de entrega: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Si es diferente de la dirección permanente) Solo para este pedido

Núm. de teléfono principal: (_____) _____ - _____ Núm. de teléfono alternativo: (_____) _____ - _____
 Móvil Laboral Particular Móvil Laboral Particular

Dirección de correo electrónico: _____

MÉTODO DE PAGO

Cheque o giro bancario: (Pagadero a: Serve You Rx) **Cantidad total adjuntada: \$** _____

Para autorizar el pago con tarjeta de crédito, proporcione la siguiente información:

Usar la tarjeta de crédito registrada: Últimos cuatro dígitos de la tarjeta registrada: _____

Tarjeta de crédito: MasterCard VISA American Express Discover

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: _____ Código postal de facturación: _____

Núm. de la tarjeta de crédito: _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de vencimiento (mes/año): ____/____/____

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____

Autorizo a Serve You Rx a mantener en los registros mi tarjeta de crédito como método de pago para cualquier cargo futuro. Entiendo que todos los pedidos de recetas solicitados por mí o las recetas nuevas proporcionadas a Serve You Rx por mi médico se procesarán y enviarán de manera automática usando esta tarjeta para el pago.

Certificación y autorización: Certifico que la información en este formulario es correcta y también entiendo que los beneficios están sujetos a mi elegibilidad para el plan médico y mi participación en este. Certifico que yo o mis dependientes para los que se adjuntan las recetas no tenemos cobertura principal de medicamentos recetados en virtud de ningún otro plan médico.

NOTA: Todas las comunicaciones, incluidas las recetas enviadas por correo postal, se dirigirán al titular de la tarjeta. Si un dependiente con cobertura desea recibir comunicaciones directas, debe incluir una solicitud por escrito con cualquier pedido de receta.

*Para cada cuenta, todas las recetas pedidas se envían en paquetes separados.

Firma: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____

Información para transferencia de recetas

Complete en letra de imprenta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 1: Yo mismo Cónyuge Dependiente

Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 2: Yo mismo Cónyuge Dependiente

Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 3: Yo mismo Cónyuge Dependiente

Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _