

# Como Ordenar

## Nuevas Recetas Médicas

Para evitar retrasos, asegúrese de llenar todas las secciones de este formulario. Después envíelo por correo, junto con sus nuevas recetas médicas y pago a Wellpartner. Solicite a su proveedor de atención médica que escriba su receta médica para maximizar su beneficio de medicamentos con receta. Generalmente, esto significa que su receta médica se puede emitir para el suministro hasta de 90 días de su medicamento. Consulte su plan de medicamentos con receta para obtener información específica de la cobertura.

También puede registrar la información que se requiere en este formulario (o modificar esta información) a través de nuestro sitio Web seguro en [www.wellpartner.com](http://www.wellpartner.com). Después de completar el registro, su médico puede enviar por fax las recetas médicas a Wellpartner al 1.866.624.5797.

**No envíe ni solicite a su médico que envíe por fax las recetas médicas a Wellpartner, hasta que desee surtir las. A menos que nos notifique otra cosa, Wellpartner surtirá sus recetas médicas por las cantidades que su médico prescriba y que estén permitidas en su beneficio del plan de medicamentos con receta.**

## Cargos de Envío

**Envío estándar es gratis con todas las ordenes que contengan artículos recetados.** Ordenes que contengan solamente prescripciones sin receta serán cobradas \$5.95 por envío estándar. Envíos de entrega al próximo día o siguiente día serán disponibles a un cargo adicional.

## Opciones de Pago

Es necesario realizar el pago antes de poder enviar su pedido. El pago puede aceptarse si se realiza por medio de una tarjeta de crédito (American Express, Discover, MasterCard o Visa) o de débito.



## Tiempo de Entrega

En la mayoría de los casos, su receta médica llegará en un plazo de 4 a 7 días hábiles después de que Wellpartner reciba su pedido. **Las recetas nuevas pueden tardar más tiempo.**

## Alternativas Genéricas

Nuestros farmacéuticos sustituirán un medicamento genérico menos costoso por la medicina de marca que su doctor le haya recetado al menos que usted o su doctor indiquen lo contrario. Nosotros solo utilizamos medicamentos genéricos aprobados por el FDA que alcanzan calidad rigida y las medidas de equivalencia.

## Confidencialidad

En orden de monitoriar su terapia de prescripciones más efectivamente y para mejor servirle a usted, hemos pedido información personal tal como su fecha de nacimiento, condiciones médicas, y alergias a medicamentos ya conocidos. Esta información, así como toda la información personal retenida por Wellpartner, es estrictamente confidencial y solo será utilizada para ayudarnos en proveer el más alto cuidado de farmacia.



## Instrucciones

Llene este formulario y devuélvalo a Wellpartner, P.O. Box 5909, Portland, OR 97228-5909.

Asegúrese de adjuntar las recetas médicas originales junto con la información del pago.

- ◆ Para evitar retrasos, llene todas las secciones de este formulario y envíelo con sus recetas médicas nuevas.
- ◆ **No envíe las recetas médicas a Wellpartner hasta que desee que las surtamos.**  
Al recibir su pedido, Wellpartner surtirá sus recetas médicas, de conformidad con las disposiciones de su plan de medicamentos con receta.
- ◆ Asegúrese de que cada receta médica tenga impreso el primer nombre, apellido, dirección y fecha de nacimiento del paciente.
- ◆ Si en la receta médica aparece el nombre de varios médicos, encierre en un círculo o marque claramente el nombre del médico que escribió cada receta médica.
- ◆ Es necesario realizar el pago antes de poder enviar su pedido.

### INFORMACION PACIENTE

Apellido:

Nombre:

MN:

Fecha de Nacimiento / / Sexo:

Doctor Primario:

Teléfono de Dr. Primario: - -

Registro Médico # (de ser aplicable):

**Alergias** (Todas las que sean aplicables):

- Ninguna Conocida     Aspirina     Codeína     Erythromycina  
 Penicilina     Morfina     Sulfonamina     Otro:

**Condiciones Médicas** (Todas las que sean aplicables):

- Ninguna Conocida     Úlcera Activa     Artritis  
 Asma     Paro Cardíaco Congestivo     Diabetes  
 Alta Presión Sanguínea     Hipertiroides     Hipotiroides  
 Desorden de Riñón     Desorden de Hígado     Embarazo  
 Otro:

### INFORMACION DE ASEGURANSA

Plan de Aseguración:

Nombre/Número de Grupo:

Número de ID del Titular:

Nombre de Titular Primario:

Relación a Titular:     Yo     Cónyuge     Hijos/Persona a Cargo

Número de Teléfono de la Aseguración

(Refiérase al reverso de su tarjeta de seguro): - -

**Cientes del Seguro:** Por favor note, sus prescripciones serán llenadas de acuerdo con sus limitaciones de plan. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor póngase en contacto con su coordinador de beneficios.

### INFORMACION DE ENVIO

Domicilio Permanente     Dirección para esta orden solamente

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono de Día: - -

Dirección de Correo Electrónico:

### INFORMACION DE PAGO

Tarjeta de Crédito     Tarjeta de Débito

DISCOVER     VISA     MASTERCARD     AMERICAN EXPRESS

Número de Tarjeta de Crédito

Fecha de Vencimiento: /

Nombre en la Tarjeta:

Firma de Titular:

### PREFERENCIA GENERAL

**Note:** Nuestros farmacéuticos sustituirán un medicamento genérico menos costoso por la medicina de marca que su doctor le haya recetado al menos que usted o su doctor indiquen lo contrario.

### PREFERENCIA TAPA DE SEGURIDAD

La ley federal requiere que nosotros dispensemos su medicamento con tapa resistente infantil. Si usted **NO** quiere recibir su medicamento con tapa resistente infantil, por favor firme abajo.

Firma: \_\_\_\_\_