

Como Ordenar

Prescripciones Nuevas

Para evitar demoras, asegúrese de completar todas las secciones de este formulario. Luego, envíelo por correo junto con sus prescripciones nuevas a Wellpartner. Pídale a su proveedor del cuidado de la salud que escriba el máximo para su beneficio de medicamentos prescritos. Usualmente, esto significa que su prescripción puede ser preparada hasta para una provisión de 90 días de su medicamento, si su seguro lo permite. Verifique su plan de prescripciones para información específica de la cobertura.

Después que se completa la inscripción, su médico puede prescribir electrónicamente, enviar por facsímil o por correo regular o llamar por teléfono a Wellpartner.

Por favor, no envíe prescripciones ni haga que su médico le envíe prescripciones a Wellpartner hasta que usted quiere que sean llenadas. A menos que usted nos notifique de lo contrario, Wellpartner llenará sus prescripciones por las cantidades prescritas por su médico y permitidas por su beneficio del plan de prescripciones.

Después que usted haya recibido su primera orden, usted puede establecer una cuenta en línea, si usted lo desea en www.wellpartner.com.

Cargos de Envío

CAREAssist paga por el envío normal para todas las órdenes que contengan artículos prescritos. Los envíos para entrega al día siguiente requieren la pre-aprobación de CAREAssist, de lo contrario, Wellpartner le cobrará a usted por ese servicio.

Tiempo de Entrega

En la mayoría de los casos, su orden de prescripción llegará dentro de 2 o 4 días hábiles después de que Wellpartner reciba su orden. **Favor de permitir más tiempo para las prescripciones nuevas.**

Medicamentos Genéricos

Wellpartner solamente utiliza medicamentos genéricos aprobados por la FDA que satisfacen las rígidas guías de calidad y equivalencia.

Confidencialidad

Para poder monitorear su terapia de medicamentos prescritos con mayor efectividad y para servirle mejor, hemos pedido información personal, tal como su fecha de nacimiento, condiciones médicas, y alergias conocidas a los medicamentos. Esta información, así como toda la información personal retenida por Wellpartner, es estrictamente confidencial y solamente será usada para ayudarnos a proveerle a usted lo mejor en el cuidado de farmacia.



Instrucciones

Favor de completar este formulario y devolverlo a Wellpartner, PO Box 5909, Portland, OR 97228-5909.
Asegúrese de incluir su(s) prescripción(es) original(es) o hacer que su médico se la(s) envíe a Wellpartner.

- ◆ Para evitar demoras, favor de completar todas las secciones en este formulario y enviarlo por correo con sus nuevas prescripciones.
- ◆ **Favor de no enviarle prescripciones a Wellpartner hasta que usted quiera que sean llenadas.**
Al recibo de su orden, Wellpartner llenará sus prescripciones de acuerdo con las provisiones de su plan de medicamentos prescritos.
- ◆ Asegúrese que el primer nombre, apellido, dirección y fecha de nacimiento del paciente estén escritos en **cada prescripción**.
- ◆ Si hay múltiples doctores enlistados en una prescripción, circule o marque claramente el nombre del médico que escribió cada prescripción.
- ◆ Si usted necesita ayuda para completar este formulario, favor de ponerse en contacto con el (la) trabajador(a) de su caso de CAREAssist o con el gerente de casos de su comunidad.

INFORMACION PACIENTE

Apellido: _____

Nombre: _____ MN: _____

Fecha de Nacimiento / / Sexo: _____

Doctor Primario: _____

Teléfono de Dr. Primario: - -

Registro Medico # (de ser aplicable): _____

Alergias (Todas las que sean aplicables):

- Ninguna Conocida Aspirina Codeína Erythromycina
- Penicilina Morfina Sulfonamina Otro: _____

Condiciones Medicas (Todas las que sean aplicables):

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

INFORMACION DE ENVIO

Domicilio Permanente Dirección para esta orden solamente

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Día: - -

Dirección de Correo Electrónico: _____

INFORMACION DE CAREAssist

Número de ID (**Requerido**): _____

Número de Grupo (**Requerido**): _____

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

Teléfono de la Compañía de Seguros

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

Cientes del Seguro: Por favor, note que sus prescripciones serán llenadas de acuerdo con las limitaciones de su plan. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el (la) trabajador(a) de su caso de CAREAssist.

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: _____