

**INFORMACIÓN SOBRE LOS BENEFICIOS:** HealthTrans debe adherirse a los términos de su plan de beneficios. HealthTrans se comunicará con usted si no podemos procesar un pedido debido a las disposiciones de su plan de beneficios. Si tiene alguna pregunta acerca de sus copagos y los beneficios de recetas, llame al número del servicio de atención a los miembros indicado/que se indica en la parte de atrás de la tarjeta de identificación de su plan de salud. Si tiene preguntas sobre cómo presentar un pedido o sobre el procesamiento de un pedido, llámenos al número de larga distancia gratis que aparece arriba.

**I. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE:**

Apellido(s)  Inicial 2º nombre  Nombre   
 Fecha de nacimiento / /  Parentesco del paciente con el miembro del plan  Miembro el plan  Cónyuge  Dependiente  Otro: \_\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

**II. DIRECCIÓN DE ENVÍO**

Calle  Ciudad   
 Estado  Código postal  Teléfono en casa  Teléfono en el trabajo

**III. INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD**

Alergias conocidas, incluidas las alergias a fármacos:  Sí  No Si contestó que sí, indique qué alergias tiene: \_\_\_\_\_  
 Condiciones médicas:  Sí  No Si contestó que sí, especifique cuáles son: \_\_\_\_\_

**IV. INFORMACIÓN SOBRE SUS BENEFICIOS DE RECETAS**

Apellido(s) del titular de la tarjeta (si no es el paciente)  Inicial 2º nombre  Nombre   
 Núm. de ID del miembro del plan  Núm. de ID de grupo  R X 2 5 3 7  
 Nombre del grupo/empleador

**V. OPCIONES DE PAGO (DEBE ENVIAR EL PAGO CON EL PEDIDO)**

Tarjeta de crédito:  MasterCard  Discover Card  Visa  Núm. de la tarjeta de crédito  
 Nombre impreso en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: Fecha: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN:**  La misma dirección antes indicada

Calle  Ciudad   
 Estado  Código postal  Teléfono en casa  Teléfono en el trabajo

Al brindar la siguiente información usted autoriza a HealthTrans a cargar el copago a su cuenta corriente. Debe incluir un cheque anulado de esa cuenta bancaria.

Número de ruta bancaria:  Número de cuenta bancaria:

Firma: \_\_\_\_\_ (Con su firma autoriza el trámite de pago por el método antes indicado.)

**VI. INFORMACIÓN SOBRE LAS RECETAS**

Adjunte la copia original de cualquier receta nueva que le haya dado el médico y escriba la información sobre los medicamentos a continuación. Si necesita más espacio, escriba una lista de todos los medicamentos en un hoja aparte e inclúyala con este formulario:

Nombre del medicamento, concentración y cantidad	Nombre del médico	Tel. del médico	Resurtidos (núm. de resurtido)

Adjunto el original de las recetas nuevas que me dio el médico para los medicamentos antes indicados. Deseo usar este formulario para RESURTIRME de los medicamentos que recibí de HealthTrans Pharmacy en el pasado; también puedo AHORRAR TIEMPO y llamar al 1-877-839-8121.

**VII. AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE**

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y autorizo la divulgación de la información sobre mi historial médico y mis recetas al patrocinador del programa de medicamentos recetados.

Fecha / /  Firma



**Servicio de  
entrega por correo**

Tel. gratis: 1-877-289-0616 | Fax: 1-877-289-0617  
HealthTrans | P.O. Box 4057  
Greenwood Village | CO 80155-4057

**INSTRUCCIONES PARA PEDIR MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO O DE ESPECIALIDAD**

Le damos la bienvenida al plan de servicio de entrega por correo de HealthTrans. El servicio de entrega por correo está pensado para aquellos pacientes que necesitan recibir sus medicamentos de forma continua. El servicio de entrega por correo es conveniente, porque usted recibe los medicamentos directamente en su domicilio.

**Primer paso: receta médica**

Para comenzar a usar el servicio de entrega por correo debe obtener una receta escrita por su médico para un suministro de 90 días. Por lo general sólo se puede obtener una receta de 90 días para ciertos medicamentos “de mantenimiento”. Pídale a su médico que se asegure de que el medicamento que le va a recetar esté aprobado para suministros de 90 días. Debe presentar la receta original junto con el formulario completo de pedido de entrega por correo.

**Segundo paso: rellene el formulario**

Tómese unos minutos para completar el formulario al otro lado de esta hoja. Proporcione toda la información solicitada en el formulario y escriba claramente en letra de molde. Use un formulario de pedido para cada paciente que esté solicitando uno o más medicamentos. El procesamiento del pedido se atrasará si no brinda toda la información necesaria.

**Tercer paso: escoja una opción de pago**

Si desea pagar con tarjeta de crédito, debe incluir el número de la tarjeta y la fecha de vencimiento. HealthTrans Pharmacy no puede procesar ni enviar el pedido sin haber recibido el pago completo. Si sabe cuál es el monto de su copago, también puede pagar con un cheque personal o un giro postal o bancario; sin embargo, estas opciones pueden atrasar el procesamiento de su pedido. HealthTrans Pharmacy envía las recetas por correo regular sin cargo alguno. Si opta por el envío urgente del medicamento, se le cobrarán cargos adicionales.

**Cuarto paso: envíe el formulario a HealthTrans**

Envíe el formulario completo junto con la o las recetas originales a:  
HealthTrans  
P.O. Box 4057  
Greenwood Village, CO 80155-4057

**CONSIDERACIONES SOBRE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS**

Es nuestra práctica normal sustituir el medicamento de marca por un equivalente genérico, siempre que sea posible. Cuando esté disponible, lo apruebe el médico que escribió la receta y esté permitido por la ley, HealthTrans Pharmacy dispensará un equivalente genérico aprobado por la FDA. Si usted no desea recibir el equivalente genérico, **llame al número gratis de HealthTrans Pharmacy: 1-877-839-8121.**

Asegúrese de hacer su pedido al menos 21 días antes de que se le acabe el medicamento que toma. Su plan de beneficios requiere que su médico le dé una receta para un suministro de 90 días. Si necesita el medicamento de inmediato, pídale a su médico una receta para 30 días que pueda surtir en su farmacia local y otra para 90 días que enviará a HealthTrans Pharmacy. (Atención: si su médico indica una cantidad menor que 90 días, nosotros prepararemos la receta tal como se ha indicado. Por ejemplo, si la receta especifica un suministro para 30 días, HealthTrans Pharmacy preparará un suministro para 30 días.)

Una vez que HealthTrans Pharmacy haya recibido un pedido de surtido de receta, las normativas de farmacia nos prohíben que cancelemos o devolvamos el pedido.

**Declaración de HIPAA** (Ley de Transportabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud): Este documento está cubierto por las pautas y la ley federal sobre la información de privacidad del paciente.



Tel. gratis: 1-877-289-0616 | Fax: 1-877-289-0617  
HealthTrans | P.O. Box 4057  
Greenwood Village | CO 80155-4057

## Instrucciones de resurtido

Gracias por usar HealthTrans Pharmacy para surtir sus medicamentos recetados.

Para resurtir su medicamento llame al número de larga distancia gratis 1-877-839-8121.  
Tenga a mano el número de receta (**Rx**, en inglés) de la etiqueta del medicamento (arriba de su nombre en la etiqueta).

1-800-722-1739

Filed by RX.com, 4710 Mercantile Dr., Ft. Worth, TX 76137

DO NOT TAKE OTHER MEDICATIONS OR ALCOHOL WITHOUT CONSULTING YOUR PHYSICIAN OR PHARMACIST.

**1-234-567-8910**  
DEA2101  
THIS FILL: 05/19/05  
SAMPLE, DOC  
CJR

HealthTrans  
SU DIRECCIÓN  
PEDIDO ORIGINAL  
Rx (RECETA)  
SU NOMBRE

**NORMAS DE USO DEL MEDICAMENTO**

**PILL DESCRIPTION**  
NDC: 00007-0007-07

**CAUTION:** Federal and/or state law prohibits transfer of this drug to any person other than the patient for whom it was prescribed.

- Considere pedir todos sus medicamentos de mantenimiento de HealthTrans Pharmacy.
- Presente otro formulario para cada nueva receta que le dé su médico.
- No se olvide de actualizar la información sobre sus condiciones médicas y alergias y de adjuntar la receta original.
- Recuerde además que debe mantener al día la información sobre su tarjeta de crédito o de débito, incluido su nombre tal como figura en la tarjeta y el código postal de facturación.
- Guarde una copia para su referencia.