

# 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 Estandar es gratis con todas las ordenes que contengan articulos recetados.** Ordenes que contengan solamente prescripciones sin receta seran cobradas \$5.95 por envío estandar. Envios de entrega al proximo dia o siguiente dia seran 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 Genericas

Nuestros farmaceuticos sustituiran un medicamento generico menos costoso por la medicina de marca que sudocctor le haya recetado al menos que usted o su doctor indiquen lo contrario. Nosotros solo utilizamos medicamentos genericos aprovados por el FDA que alcanzan calidad rigida y las medidas de equivalencia.

## Confidencialidad

En orden de monitoriar su terapia de prescripciones mas effectivamente y para mejor servirle a usted, hemos pedido informacion personal tal como su fecha de nacimiento, condiciones medicas, y alergias a medicamentos ya conocidos. Esta informacion, asi como toda la informacion personal retenida por Wellpartner, es estrictamente confidencial y solo sera utilizada para ayudarnos en proveer el mas alto cuidado de farmacia



**t** Ordene por Telefono Gratuito:  
1-877-935-5797

**m** Ordene por Correo:  
P.O. Box 5909  
Portland, OR 97228-5909

**w** Ordene por Linea Electronica  
[www.wellpartner.com](http://www.wellpartner.com)

**f** Ordene por Fax Gratuito  
1-866-624-5797



### 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.

Información Paciente	Información de Aseguransa
Apellido _____	Plan de aseguransa _____
Nombre _____ MN _____	Nombre/Numero de grupo _____
Fecha de Nacimiento _____ <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Número de ID del titular _____
Doctor primario _____	Nombre de titular primario _____
Telefono de Dr. Primario _____	Relación a titular: <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijos/persona a cargo
Registro Medico (de ser aplicable) _____	Numero de Teléfono de la aseguransa _____ (Refiérase al reverso de su tarjeta de seguro)
<b>Alergias</b> (Todas las que sean aplicables)	<b>Ciientes del seguro:</b> <i>Por favor note, sus prescripciones seran llenadas de acuerdo con sus limitaciones de plan. Si usted tiene cualquier pregunta, por favor póngase en contacto con su coordinador de beneficios.</i>
<input type="checkbox"/> Ninguna Conocida <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Codeína	
<input type="checkbox"/> Erythromycina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Morfina <input type="checkbox"/> Sulfonamina	
Otro _____	
<b>Condiciones Medicas</b> (Todas las que sean aplicables)	
<input type="checkbox"/> Ninguna Conocida <input type="checkbox"/> Ulcera Activa <input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito
<input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Paro Cardiaco Congestivo <input type="checkbox"/> Diabetis	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
<input type="checkbox"/> Hipertension (alta Presion Sanguínea) <input type="checkbox"/> Hipertiroides	Numero de tarjeta de Credito _____
<input type="checkbox"/> Hypotiroides <input type="checkbox"/> Desorden de Riñon <input type="checkbox"/> Desorden de Higado	Fecha de vencimiento _____
Otro _____	Nombre en la tarjeta _____
	Firma de titular _____
	<b>Preferencia Generica</b>
	<b>Note:</b> <i>Nuestros farmaceuticos sustituiran un medicamento generico menos costoso por la medicina de marca que sudocctor le haya recetado al menos que usted o su doctor indiquen lo contrario.</i>
	<b>Preferencia tapa de Seguridad</b>
	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.
Domicilio _____	Firma _____
_____	
Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____	
Telefono de dia _____	
Direccion de correo electronico _____	

