

# Forma de Registro de pedidos por correo

Siga los cuatro pasos adelante y atrás de esta forma y sera registrado a la entrega a domicilio de sus medicamentos con receta, que le puede ahorrar mucho tiempo y dinero.

## 1 : Proporcionar su información de antecedentes

### Información del plan

Nombre del empleador	Número de identificación del Plan	Número de grupo (si lo sabe)
----------------------	-----------------------------------	------------------------------

### Información del paciente

Por favor, no hay tapas a prueba de niños

Nombre	Apellido	
Fecha de Nacimiento	Sexo	Correo Electronico*

\*La farmacia de Integrated HMO puede elegir comunicarse con usted a través de correo electrónico si usted proporciona una dirección de correo electrónico válida. Valoramos su privacidad. Su información personal será confidencial y nunca será vendida a terceros. Sólo se utiliza para las comunicaciones que solicite en relación con los servicios prestados.

### Información de envío

Marque esta casilla si se trata de un cambio de dirección

Dirección	Apto. o suite	Ciudad	
Estado	Código postal	Número de teléfono de casa	Número de teléfono de trabajo

### Physician Information

Nombre	Apellido	Número de teléfono del médico
--------	----------	-------------------------------

### Alergias

### Las condiciones de salud (para controlar la droga / interacciones de enfermedades)

<input type="checkbox"/> La aspirina	<input type="checkbox"/> Sulfonamidas	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Los pulmones condiciones
<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> El colesterol alto	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Otros: _____	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Trastorno ( s ) intestinal	<input type="checkbox"/> Otros: _____

Certifico que la información del paciente ingresado en esta forma es correcta y que el paciente en cuestión es elegible para recibir beneficios bajo el programa de medicamentos recetados y autorizo la divulgación de toda la información al administrador del plan. Certifico que no tengo cobertura de recetas primaria bajo otro plan. Si se niega la cobertura de medicamentos recetados, acepto reembolsar Integrado HMO Pharmacy por la cantidad de beneficios que se le niega el marco del plan de prescripción.

Firma del asegurado

Fecha

## 2: Proporcionar la información de pago

### Información de pago

Se aceptan tarjetas Visa, MasterCard y Discover. También puede pagar con un cheque, cheque de caja o giro postal. Sin embargo, IHMO debe recibir su co-pago antes de enviar cualquier orden. Si decide utilizar una tarjeta de crédito o débito, Farmacia IHMO puede mantener su información en el archivo para sus compras.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Autorizar a esta tarjeta de crédito para todos los futuro pagos           |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de débito  | <input type="checkbox"/> Llámame para autorizar esta tarjeta de crédito antes de llenar cada orden |

Comprendo que todos los co- pagos y / o costos de las recetas para los productos comprados a través de IHMO Pharmacy, serán cargados a la tarjeta de crédito proporcionada anteriormente. También entiendo mediante la firma de esta forma que los medicamentos recetados no pueden ser devueltos a la farmacia para crédito a menos que este en respuesta a retirar del mercado, defecto en un dispositivo médico, o de otra manera previamente aprobada por la farmacia. Un retorno de la medicamento por cualquier razón dará lugar a su destrucción inmediata y no estará disponible para el crédito.

Número de tarjeta de crédito	Fecha de expiración
Nombre como aparece en la tarjeta	
Dirección de Envío	
Firma del titular de la tarjeta	Fecha

## 3: Verifique su trabajo

Asegúrese de que la información en esta forma sea correcta. Esta información se mantendrá en privado, y se utilizará para llenar sus recetas y monitorear cualquier interacciones de droga perjudiciales/ enfermedades.

## 4: Envíe este forma

Mande la forma por fax al 1 (800) 801-2395 o por correo mande la forma a:

**Integrated HMO Pharmacy**  
PO Box 369  
Boys Town, NE 68010



**If you ever have a question** about your medications, shipments, or billing, IHMO Pharmacy's U.S.-based support specialists and pharmacists are available by phone. **Llamar 1 (800) 633-7928 TTY: (866) 706-4757**

## Para obtener sus nuevas recetas ...

**Correo:** Usted puede enviar la receta original de su médico. Pedir su receta para un suministro de 90 días, y durante un máximo de un año de recargas para hacer llegar sus medicamentos lo más fácil posible. La forma para ordenar recargos se incluye con cada pedido que reciba.

**Fax:** Las recetas pueden ser enviadas por fax al 1 (800) 801-2395 de la oficina del médico. El fax debe incluir una portada de fax de la oficina del médico.

**Teléfono:** tenga los números de Rx (que se encuentra en la botella recetada) listos y luego llame al 1 (800) 633-7928; o puede dejar un mensaje con el centro de recargos recetados y su pedido será procesado. Por favor, estar preparado para dejar el nombre del paciente, fecha de nacimiento, información de contacto, y cualquier petición especial para la confirmación/consulta.

**ePrescribe:** El médico puede presentar su receta a la farmacia IHMO a través de receta electrónica. Pídale que llame al 1 (800) 633-7928 con cualquier pregunta.

**Cantidades que serán dispensados:** Pida a su médico que haga su receta para tres meses o un suministro de 90 días, si es posible. La receta debe mostrar la cantidad que usted y su médico desean ser dispensado por la Farmacia IHMO (por ejemplo, una receta escrita de una tableta al día por una cantidad de 30 tabletas con dos recargas se llenará de 30 tabletas solamente, no un suministro de tres meses.)

**ATTENTION:** National Pharmaceutical Services complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-546-5677 (TTY: 1-866-706-4757).

**ATENCIÓN:** si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-546-5677 (TTY: 1-866-706-4757). // National Pharmaceutical Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-546-5677 (TTY: 1-800-546-5677)。// National Pharmaceutical Services 遵守適用的聯邦民權法律規定, 不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。