

Medicamentos por Correo

VENTAJAS DE RECIBIR LOS MEDICAMENTOS DE MANTENIMIENTO POR CORREO

En **MAPFRE LIFE** nos preocupamos por ofrecer alternativas viables a nuestros asegurados y ponemos a su servicio esta conveniente opción que le permite obtener medicamentos para condiciones de mantenimiento tales como:

- Glaucoma
- Diabetes
- Parkinson
- Osteoporosis
- Gota
- Asma
- Condiciones Cardiovasculares
- Anticonvulsantes
- Enfermedades Mentales
- Hiperplasia Benigna de la Próstata
- Hormonas de Sexo
- Anticoagulantes
- SIDA
- Tiroides
- Colesterol

Otra ventaja significativa es que puede ver su historial de despachos de medicamentos y ordenar sus repeticiones suscribiéndose a www.medvantxrx.com o por teléfono contactando al 1-866-881-6221 libre de cargos / Fax 1-877-999-3676 libre de cargos. También para su conveniencia en el frasco de su medicamento le proveerá el teléfono y el día sugerido para solicitar las repeticiones.

Medicamentos catalogados para condiciones agudas **NO** pueden ser solicitados por correo. Es importante haga usted los arreglos para que gestione sus recetas por correo con tiempo, ya que el solicitar excepciones afecta grandemente los ahorros proyectados para usted y su patrono...



Consejos...

- ✓ Conserve sus medicamentos en sus envases originales, firmemente cerrados
- ✓ No tome más de la dosis recomendada o recetada
- ✓ Nunca tome medicamentos en la oscuridad
- ✓ Guarde los medicamentos en lugar seguro, fuera del alcance de los niños
- ✓ Tome su propio medicamento y no lo comparta con otras personas
- ✓ Informe a su médico o farmacéutico sobre los medicamentos que esté tomando, así como las reacciones adversas o alergia a medicamentos que le surjan

Medicamentos por Correo

Es fácil comenzar!

PASO #1 Solicite a su médico que escriba una receta para suministro de 30 días y compre sus medicamentos en **farmacia local** y la receta debe leer como sigue:

Dr. Juan Del Pueblo Medicina General Dirección TEL (787) 555-5555 Nombre: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Rx: Nombre del Medicamento Indicaciones: "Cantidad de medicamento necesario diariamente para un suplido de 30 días" Repeticiones: 0

Advertencia: Si usted ya ha obtenido dos (2) suplidos de 30 días de medicamentos en este año con su receta regular, ENTONCES NO le aplica solicitar esta primera receta.

Nota: Si la farmacia al procesar su receta recibe rechazo con el siguiente mensaje "**Mail Mandatory Program**", debe solicitar a la farmacia envíe la receta a MC-21 para autorizar el despacho en lo que tramita su receta de correo en MC-21.

PASO #2 Solicite receta para suministro máximo de 90 días con tres (3) repeticiones (90d x 3) para enviarla por correo a MedVantx y la receta debe leer como sigue:

Dr. Juan Del Pueblo Medicina General Dirección TEL (787) 555-5555 Nombre: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Rx: Nombre del Medicamento Indicaciones: "Cantidad de medicamento necesario diariamente para un suplido de 90 días" Repeticiones: 3



Ahorro de tiempo y dinero...
Enviados a su hogar sin cargo adicional...

Medicamentos por Correo

Conoce los formularios...

La receta original tiene que enviarse con el formulario de pedidos por correo y completado en todas sus partes, debe completar la forma de pago antes de enviarla a MedVantx.

Tu administrador(a) del plan tiene el formulario para su mayor conveniencia.

FORMULARIO...

 <small>para tu familia y usted</small>		
PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POR CORREO / MAIL ORDER PHARMACY PROGRAM FORMULARIO DE REGISTRO/ENROLLMENT FORM <small>(Favor de incluir su receta junto con este formulario / Please enclose your prescription with this form)</small>		
INFORMACIÓN DEL PACIENTE/PATIENT INFORMATION		
Apellido <small>Last Name</small>	Nombre <small>First Name</small>	Sexo <small>Sex</small>
Fecha de Nacimiento <small>Date of Birth (mm/dd/yyyy)</small>	Sexo <small>Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/></small>	
Dirección Postal <small>Mailbox address</small>	Teléfono Residencial <small>Residential Telephone</small>	
Dirección Física <small>Physical address</small>	Teléfono del Trabajo <small>Workplace Telephone</small>	
Ciudad <small>City</small>	País <small>State or Country</small>	Código Postal <small>Zip Code</small>
Deseo recibir la información de medicamentos despachados en: <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> English		
INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO/HEALTH INSURANCE INFORMATION		
Número de Contrato del Paciente <small>Patient's Contract Number</small>	Número de Grupo <small>Group Number</small>	Fecha de Expiración <small>Expiration Date</small>
Nombre del Asegurado Principal <small>Name of Policyholder</small>	Relación con Asegurado Principal <small>Relationship with Policyholder</small>	
<input type="checkbox"/> Asegurado Self <input type="checkbox"/> Esposa (a) Spouse <input type="checkbox"/> Hijo (a) Child <input type="checkbox"/> Otro Other		
INFORMACIÓN DEL MÉDICO/PHYSICIAN INFORMATION		
Nombre del Médico <small>Physician's Name</small>		Fax <small>Fax</small>
Teléfono <small>Telephone</small>		
HISTORIAL DE SALUD/HEALTH HISTORY		
Alergias Allergies <input type="checkbox"/> Jugo Juice <input type="checkbox"/> Aspirina Aspirin <input type="checkbox"/> Penicilina Penicillin <input type="checkbox"/> Codeína Codeine <input type="checkbox"/> Sulfá Sulfu <input type="checkbox"/> Ninguna None <input type="checkbox"/> Otras (especificar) Others (Specify)		
Condiciones de Salud Health Conditions <input type="checkbox"/> Trastorno Tricicl. Tricyclic <input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes <input type="checkbox"/> Glaucoma Glaucoma <input type="checkbox"/> Hipertensión Hypertension <input type="checkbox"/> Epilepsia Epilepsy <input type="checkbox"/> Ulceras Ulcer <input type="checkbox"/> Artritis Arthritis <input type="checkbox"/> Condiciones Cardíacas Heart Conditions <input type="checkbox"/> Otras (especificar) Others (Specify)		
Medicamentos que utiliza actualmente (especificar dosis) <small>Medications currently in use (specify dose)</small>		
CONTINUA EL DORSO <small>PLEASE TURN OVER</small>		

FORMA DE PAGO/METHOD OF PAYMENT	
Tarjeta de Crédito Credit Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Discover	
Número <small>Number</small> Fecha de Expiración <small>Expiration Date</small>	
AUTORIZACIÓN/AUTHORIZATION	
Los pagos vencen con cada orden. Para esta orden y órdenes futuras se utilizará como forma de pago la tarjeta de crédito seleccionada a menos que usted autorice otra. <small>Payment is due with each order. To bill this order and future orders, the credit card selected will be used as method of payment, unless you authorize another one.</small>	
Firma <small>Signature</small> Fecha <small>Date</small>	
MedVantx, Inc., despachará medicamentos bioequivalentes de acuerdo a las disposiciones de ley y según sea autorizado por su médico. Si usted no desea medicamentos bioequivalentes favor de marcar el casillero a continuación: <small>MedVantx, Inc., will dispense bioequivalent medications according to law regulations and your physician's authorization. If you do not want bioequivalent medications, please check the box below:</small>	
<input type="checkbox"/> No deseo medicamentos bioequivalentes/I do not want bioequivalent medications <small>(Si marca el casillero pudiera aplicar un copago mayor/If checking this box, a higher copayment amount may apply)</small>	
Favor enviar este formulario y su receta original a la siguiente dirección: <small>Please send this formulary and the original prescription to the following address:</small>	
MedVantx, Inc. PO BOX 5736 SIOUX FALLS, SD 57117	
Para dudas o preguntas favor de llamar: <small>If you have any doubt or question please call:</small>	
Teléfono Libre de Cargo/Toll Free Number 1-866-881-6221	
Fax Libre de Cargo/Toll Free Fax Number 1-877-999-3670	
Horario de Servicio/Service Hours 24 horas, 7 días (24/7) • 24 hours, 7 days (24/7)	



Medicamentos por Correo

Métodos de pago...

Métodos de Pago	Tarjetas de Crédito (Visa, Master Card, Discover, American Express)
	Money Order
	Cheque personal
Envío de paquete	USPS USPS Express (Next Day) UPS - Lo pueden utilizar a petición del asegurado pero a su propio riesgo
	USPS Express (Next Day) <i>Refrigerado</i>
Envío de Formulario de Registro	Correo Postal
	Fax
Envío de Receta	Correo Postal
	Fax <i>(solo desde oficina Medica)</i>
	e-Rx (Electronic Prescriptions)
Tiempo de envío	Farmacia procesará su receta y enviará su paquete en un término de 14 días o menos a partir de la fecha del envío.
	Si la receta requiere alguna pre-autorización o alguna intervención con el médico que prescribe, la farmacia puede demorar hasta 10 días laborables luego de recibida la receta

Centro de Llamadas de Servicio al Cliente 1-866-653-2323

Centro de Llamadas de Servicio al Cliente Programa de Correo 1-866-881-6221