



Un servicio de pedidos de recetas por correo para beneficiarios calificados de CHAMPVA y Espina & Bífida

Este formulario es solo para Pedidos con Receta

Información Importante

- Este formulario debe completarse en su totalidad, incluido su número de Seguro Social y fecha de nacimiento para fines de identificación. Si no puede ser identificado, no se surtirá su receta.
Adjunte la receta original a este formulario. No se aceptan fotocopias de recetas.
Este formulario de pedido se requiere CADA VEZ que se envía por correo una receta escrita de su proveedor médico.
Este formulario debe ser completado por el paciente, familiar o cuidador con poder notarial.
Use un formulario separado para cada paciente o miembro de la familia.
La entrega de medicamentos puede demorar hasta 21 días a partir de la fecha en que envía su pedido por correo. Para asegurarse de que tiene suficiente medicamento hasta que llegue su envío, solicite una segunda receta por escrito para un suministro de 30 días de su proveedor médico que se puede surtir en su farmacia local.
Este servicio de pedido por correo se brinda solo para medicamentos de mantenimiento, es decir, medicamentos que se requieren durante períodos prolongados. Todas las recetas de uso inmediato o de un solo uso y todas las recetas de sustancias controladas CII deben obtenerse en su farmacia local.

Información de Prescripción del Paciente

Este formulario debe completarse en su totalidad - ESCRIBA A MÁQUINA o IMPRIMA la información a continuación:

Form fields for patient information: Nombre del paciente: (Apellido, Nombre, Inicial del segundo nombre), NSS del paciente, Fecha de nacimiento (mm / dd / aaaa)

Información de Envío (Escriba a Maquina o Imprima donde debe se de enviar las prescripciones)

Form fields for shipping information: Dirección del Paciente, Numero Telefónico de Día (Incluya Código de Area), Dirección 1, Dirección 2, Ciudad, Estado, Código Postal, Fecha de Hoy, SOLICITUD DE TAPA NO-SEGURIDAD, Firma

Alergias a Medicamentos	Condiciones de Salud		
<input type="checkbox"/> Sin alergias conocidas <input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> NSAIDS <input type="checkbox"/> Cefalosporina <input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Sulfa <input type="checkbox"/> Eritromicina <input type="checkbox"/> Tetraciclina <input type="checkbox"/> Otra (especifique) <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> EPOC <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otra (especifique)	<input type="checkbox"/> Glaucoma <input type="checkbox"/> Problema Cardíaco <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia <input type="checkbox"/> Tiroides <input type="checkbox"/> Úlcera/Reflujo Ácido <input type="checkbox"/> Alergias a comidas (especifique)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Dónde Enviar sus Prescripciones por Correo:

OESTE

Si usted vive en los siguientes estados o territorios, envíe su formulario a la siguiente dirección:

Alaska, Samoa Americana, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Luisiana, Michigan, Minnesota, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo México, Dakota del Norte, Oklahoma, Oregón, Dakota del Sur, Texas, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming

ESTE

Si usted vive en los siguientes distritos estados o territorios, envíe su formulario a la siguiente dirección:

Alabama, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Guam, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Misisipi, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nueva York, Carolina del Norte, Ohio, Pensilvania, Puerto Rico, Rhode Island, Carolina del Sur, Tennessee, Vermont, Virginia, Islas Virgenes, Washington DC, Virginia Occidental

Teléfono: 1-888-385-0235
Dirección: Meds by Mail
 PO Box 20330
 Cheyenne, WY 82003-7008

Teléfono: 1-866-229-7389
Dirección: Meds by Mail
 PO Box 9000
 Dublin, GA 31040-9000

Cómo solicitar RE-SURTIR Prescripciones:

Este formulario se usa cuando usted envía una **receta de papel escrita** por su proveedor médico. Las órdenes para re-surtir se hacen llamando a nuestro sistema automatizado del relleno. Simplemente llame al 1-888-370-1699 y siga los avisos de voz. Las órdenes para re-surtir también se pueden pedir usando la papeleta para re-surtir que acompaña cada envío de medicamento. Si usted elige re-surtir por correo, asegúrese de devolver su papeleta para re-surtir tan pronto como usted reciba su prescripción, ya que puede tomar hasta **21 días** para procesar su orden. **NO SE DEMORE** en solicitar sus recargas. Lea la papeleta para re-surtir cuidadosamente, la cual contiene información que usted necesitará concerniente al número restante de recargas y a la fecha de vencimiento de la prescripción.

Información de Prescripción electrónica

Ahora aceptamos recetas electrónicas directamente de su médico. Pregúntele a su médico si puede recetar electrónicamente y dígame que el nombre de la farmacia aparece como: "Meds by Mail CHAMPVA"

Información del Proveedor:

Nombre del Proveedor:

Contacto del Proveedor: