

# Español

**MEDICINAS POR CORREO**



2004

- Información general sobre Medicinas por Correo
- Formas de Medicinas por Correo

Horas:

Lunes-viernes  
8:15 AM- 7:00 PM  
Tiempo del este

1-800-733-8387  
Correo electrónico [HAC.INQ@MED.VA.GOV](mailto:HAC.INQ@MED.VA.GOV)

El Centro de Servicio de Medicinas por Correo, Cheyenne, Wyoming lo ayudará con lo siguiente:

- Estatus de una orden
- Preguntas acerca de la existencia de medicinas
- Preguntas acerca de la farmacia
- Perfiles actualizados de pacientes

Horas

Lunes - viernes  
10:30 AM – 5:00 PM  
Tiempo del este

1-888-385-0235  
Correo electrónico [MEDS.MAIL@MED.VA.GOV](mailto:MEDS.MAIL@MED.VA.GOV)

LIAME inmediatamente a su proveedor de salud si usted tiene preguntas acerca de su condición médica o reacción a una medicina.

## ¿CÓMO PUEDO REORDENAR MEDICINA?

Si su proveedor incluye reordenes en su receta médica, una forma de reordenar será mandada a usted con cada medicina enviada. Envíe su forma de reorden tan pronto como usted reciba su medicina. Las recetas serán preparadas cada 90 días.

## ¿CUÁNTO TIEMPO TOMA PREPARAR UNA RECETA MÉDICA?

Se necesita de 14-21 días desde el día que usted envió su orden. Por favor no llame al Centro de Servicio de Medicina por Correo para preguntar por su orden de medicina sino han pasado 10 días desde que envió su receta.

## ¡CONSIDERE LOS BENEFICIOS!

### AHORROS

No hay gastos de su bolsillo, no hay costos que compartir, no hay copago y no deducible annual.

### ¡NO FORMAS DE RECLAMO !

No tiene que llenar formas de reclamo para este servicio.

### ¡CONVENIENCIA!

Sus medicinas son enviadas directamente a su casa. Asegurese que CHAMPVA tiene su dirección actual y número de teléfono en su expediente.

## SI TENGO UNA PREGUNTA ¿QUIÉN PUEDE AYUDARME?

El Centro de Administración de salud puede ayudarlo con:

- Información general sobre CHAMPVA



# CHAMPVA

## Medicinas Por Correo

PHARMACY SERVICING CENTER

PO BOX 20330

CHEYENNE, WYOMING 82003-7008

Por favor complete el perfil del paciente que está detras y envíelo con su primera orden a la dirección de abajo.

Se necesita un perfil de paciente por cada beneficiario de Medicina por Correo. Recuerde reportar al Centro de Servicio de Farmacia todo cambio de información del perfil del paciente.

**Cansado de pagar por sus recetas médicas? Si su respuesta es si, lea este manual, talvez califique para recibir medicinas sin costo alguno.**

### ¿QUÉ ES MÉDICINAS POR CORREO?

CHAMPVA tiene un programa llamado Medicinas por correo. Este es un servicio de farmacia por correo cual provee un modo seguro, fácil y libre de costo para los beneficiarios de CHAMPVA que reciben su mantenimiento de medicinas no urgentes enviadas directamente a su casa. Los beneficiarios de CHAMPVA envían sus recetas a Meds by mail Pharmacy Servicing Center at the Cheyenne, Wyoming VA Medical Center. Las recetas son preparadas y enviadas a su casa desde la consolidada farmacia para pacientes no hospitalizados localizada en Leavenworth, Kansas.

### ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA MEDICINAS POR CORREO?

Usted es elegible si no tiene ningun tipo de seguro de salud que pague por sus recetas médicas. Medicinas por correo es solo para personas que no tienen cobertura para sus recetas médicas.

### YO SOLO TENGO MEDICARE PARTE A Y B, ¿PUEDO USAR MEDICINAS POR CORREO?

Si. Medicare no cubre la mayoría de costos de las recetas médicas.

### YO NO ESTOY SEGURO SI PUEDO USAR EL PROGRAMA MEDICINAS POR CORREO, ¿QUÉ PUEDO HACER?

Si usted tiene preguntas sobre elegibilidad llame al 1-800-733-8387, o mande un correo electrónico a [HAC.INQ@MED.VA.GOV](mailto:HAC.INQ@MED.VA.GOV).

### ¿MI PARTICIPACIÓN EN OTRO SEGURO DE SALUD AFECTARÍA MI PROBABILIDAD DE PARTICIPAR EN EL PROGRAMA MEDICINAS POR CORREO?

Si. Cualquier seguro de salud que cubra servicios de farmacia puede afectar su elegibilidad a Medicinas por Correo. Por favor haga saber a CHAMPVA cualquier cambio de cobertura de su seguro médico.

### ¿TODAVIA PUEDO USAR MI FARMACIA LOCAL?

Si. De hecho usted debe usar su farmacia local para medicinas urgentes. Usted puede hacer sus reclamos por las medicinas adquiridas en su farmacia local y puede recibir hasta el 75% de la cantidad permitida.

### ¿QUÉ TIPO DE MEDICINAS PUEDO OBTENER USANDO EL PROGRAMA MEDICINAS POR CORREO?

- Usted puede obtener medicinas que se toman por largos períodos de tiempo tales como medicinas para la presión arterial, corazón, artritis, y medicinas para dolores crónicos. Las sustancias controladas estarán disponibles durante el 2003.
- Medicinas Genéticas
- Cuando sea posible Asunto de Veteranos usará genéticos equivalentes.
- Si su médico ordena que solo se tome la marca original, usted debera llamar al 1-888-385-0235 o envíe un correo electrónico a la oficina de Medicinas por Correo a la dirección [meds.MAIL@MED.VA.GOV](mailto:meds.MAIL@MED.VA.GOV) para estar

seguro que tenemos en existencia su medicina antes de enviar su receta médica.

### ¿CÓMO PUEDO HACER UNA ORDEN?

Haga que su proveedor de cuidado de salud escriba una nueva receta médica de por lo menos medicina para 30 días o hasta un maximo de 90 días con posibilidad de reordenar mas tarde, que no exceda un año.

Las ordenes nuevas deben incluir la receta original (no copia) y una forma completada de Medicinas por Correo. Recuerde incluir el número de seguro social del paciente en la forma y la receta médica. Asegurese que la receta tiene el primer nombre y apellido del proveedor de salud, número de teléfono, y dirección. Llene y envíe su carnet de perfil de paciente con su primera orden. Reporte cualquier cambio al

Centro de Servicio de Farmacia al 1-888-385-0235. Las firmas deben ser originales. Firmas electrónicas o estampadas no se permiten.

### ¿CÓMO PUEDO OBTENER LAS FORMAS?

Usted puede obtener las formas de tres modos.

- 1 Llame a CHAMPVA 1-800-733-8387 y pidales que se la envíen.
- 2 Mande un correo electrónico a [CHAMPVA.HAC.INQ@MED.VA.GOV](mailto:CHAMPVA.HAC.INQ@MED.VA.GOV) pidiendo que se la envíen
- 3 Puede bajar las formas de la web [WWW.VA.GOV/HAC](http://WWW.VA.GOV/HAC). Seleccione la forma que necesita al lado izquierdo de la página.



Favor de Completar Esta Hoja

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Seguro Social #: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

#### ALERGIAS

- NIGUN  CODEINE  ERYTHROMYCIN  PENICILLIN  SULFA  AMPICILLIN  ASPIRINA  CEPHALOSPORINS  OTRAS (ESPECIFICA)

#### CONDICIONES MEDICAS

- DIABETES  INTestinal  GLAUCOMA  PULMONAL  CORAZON  THYROID  ALTA PRECIÓN  OTRAS (ESPECIFICA)

FIRMA

RELACION DE BENEFICIARIO

FECHA