

Un servicio para ordenar medicinas para beneficiarios calificados a CHAMPVA y beneficiarios de Espina Bifida

Este formulario aplica solamente para ordenes de recetas

Información Importante

- **Este formulario se debe llenar totalmente, incluyendo su número de Seguro Social y Fecha de Nacimiento para los propositos de indentificacion. Si usted no puede ser identificado, su receta no sera llenada.**
- Este formulario tiene que completarse por el beneficiario, miembro familiar o el cuidador con poder general.
- Use un formulario por cada paciente o miembro de su familia.
- Un formulario debe de llenarse **CADA VEZ** que una receta escrita por su proveedor médico es enviada por correo.
- Adjunte la receta original a este formulario. Fotocopias de recetas no serán aceptadas.
- Su envío tomará alrededor de **21 días** comenzando con la fecha que envió su orden. Para cerciórarse de tener suficiente medicamento a mano que le dure hasta que llegue su envío, pueda que necesite pedir una segunda receta a su proveedor médico que puede llenarse en su farmacia local.
- Este servicio por correo es solamente para medicamentos de mantenimiento - o sea, medicamentos que se toman por largo tiempo. Todas las recetas que sean tomadas por corto tiempo o una sola vez deben de obtenerse en la farmacia local de su preferencia.

Como Rellenar las Recetas:

Este formulario se usa cuando usted envía una **receta de papel** escrita por su proveedor médico. Las órdenes de relleno deben ser hechas llamando a nuestro sistema automatizado del relleno. Simplemente llame al 1-888-370-1699 y siga los avisos de voz. Las órdenes de relleno también se pueden pedir usando la papeleta de repuesto que acompaña cada envío de medicina. Si usted elige reordenar por correo, asegure de devolver su papeleta de relleno tan pronto como usted reciba su orden de receta, ya que puede tomar hasta **21 días** para procesar su orden. **NO SE RETRASE** en pedir su relleno. Lea la papeleta de relleno cuidadosamente, la cual contiene información que usted necesitará concerniente al número de rellenos restantes y a la fecha de vencimiento de la receta.

Donde Enviar sus Recetas Medicas:

OESTE

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

Alaska, American Samoa, Arizona, Arkansas, California, Colorado, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Mexico, North Dakota, Oklahoma, Oregon, South Dakota, Texas, Utah, Washington, Wisconsin, Wyoming.

Teléfono: 1-888-385-0235

Dirección: Meds by Mail
PO Box 20330
Cheyenne, WY 82003-7008

ESTE

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

Alabama, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Guam, Kentucky, Maine, Maryland, Massachusetts, Mississippi, New Hampshire, New Jersey, New York, North Carolina, Ohio, Pennsylvania, Puerto Rico, Rhode Island, South Carolina, Tennessee, Vermont, Virginia, Virgin Islands, Washington D.C., West Virginia.

Teléfono: 1-866-229-7389

Dirección: Meds by Mail
PO Box 9000
Dublin, GA 31040-9000

Información de Receta del Paciente

Este formulario se debe llenar completamente - IMPRIMA o ESCRIBA A MAQUINA la información siguiente:

Nombre del Paciente: (Apellido, Primero, Inicial)	SSN del Paciente	Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)

INFORMACION DE ENVIO (IMPRIMA o ESCRIBA A MAQUINA donde debe de enviar las recetas)

Dirección del Paciente:	Numero Telefónico de Dia (Incluya Código de Area):
	Fecha de Hoy
¿Esto es un cambio de dirección? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Esto es un cambio permanente? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Esta es una dirección temporal? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si es temporal, ¿cuando termina este estado temporal? (mm-dd-aaaa)	REQUISITO PARA TAPA DE SEGURIDAD: La Ley Federal requiere que sus medicamentos sean dispensados en un envase con una tapa de seguridad o a prueba de niños. Si usted quiere una receta con tapa "Fácil de Abrir" firme aquí: Yo deseo que estas recetas y sus rellenos sean dispensadas en un envase "Fácil de Abrir" o envases NO a prueba de niños. Firma: _____ Fecha: _____

Alergias a Medicinas

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Morphina |
| <input type="checkbox"/> Ampicilina | <input type="checkbox"/> NSAIDS |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Cefalosporina | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Codeina | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) |

Condiciones de Salud

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Alergias climáticas |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Temblor |
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Tiroide |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñon | <input type="checkbox"/> Ulcera/Reflujo Acido/GERD |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | |
| <input type="checkbox"/> Otra (Especifique) | <input type="checkbox"/> Alergias a comidas (especifique) | |

Nombre del Medicamento

Nombre de Proveedor Médico el cual firmo la receta

1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

COMO PEDIR MAS FORMULARIOS: Puede hacer una fotocopia en blanco de este formulario, o llamar al Centro de Administración VA al 1-800-733-8387. Estos formularios también están disponibles en nuestro sitio web: www.va.gov/hac/forms.