



Información sobre el servicio de entrega de medicamentos recetados



El servicio de entrega de medicamentos recetados le puede enviar sus medicamentos en forma gratuita a un lugar que le resulte conveniente, como su hogar, su trabajo o el consultorio de su médico. Recomendamos este servicio si toma algún medicamento en forma regular. Esta es la información que necesita para usar el servicio.

INSCRIPCIÓN

En primer lugar, inscríbese en el servicio de entrega de medicamentos recetados. Tendrá que proporcionarnos información sobre su seguro y sus datos de contacto, de pago y de salud, tanto para usted como para sus dependientes cubiertos.

Por internet: para acceder a la información sobre sus beneficios y sus recetas las 24 horas del día, los 7 días de la semana, inscríbese en www.myWDRX.com. Introduzca el número de Rx BIN 017.051 que se imprime en su nueva tarjeta de identificación de la salud. Y crear una nueva composición, completando el formulario de registro en línea. Su número de identificación es el identificador - alfa número de 9 dígitos de su tarjeta.

Por correo: complete el Formulario de inscripción en el servicio de entrega de medicamentos recetados y envíelo a:

WellDyneRx, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804

ENVÍO DE MEDICAMENTOS

Su médico debe escribir una receta para un suministro de 90 días (o la cantidad de días que su plan permita para el servicio de medicamentos por correo). Es posible que las leyes estatales y federales establezcan límites para ciertos medicamentos controlados. Procesaremos y despacharemos sus recetas tan pronto como las recibamos. Envíe las recetas a WellDyneRx:

En formato electrónico: esta es la manera más rápida de procesar una receta. Pídale a su médico que envíe su receta al servicio de entrega de medicamentos recetados de WellDyneRx en forma electrónica.

Por fax: 1-888-830-3608 o 1-877-221-1259
Solo la persona que escribe la receta puede enviarla a la farmacia por fax.

Por correo: escriba su número de identificación del miembro (Member ID) y la fecha de nacimiento del paciente en las recetas y envíe las recetas originales a:

WellDyneRx, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804

PEDIDOS DE MEDICAMENTOS

WellDyneRx ofrece varias maneras sencillas de pedir los medicamentos recetados. El mejor momento para pedir un resurtido es cuando le queda una cantidad suficiente del medicamento para 14 días.

Por internet: pida un resurtido en www.myWDRX.com.

Por correo: envíe el formulario de resurtido que se incluye con el primer surtido y con todos los pedidos posteriores junto con su número de identificación del miembro (Member ID) y la fecha de nacimiento del paciente a:

WellDyneRx, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804

Por teléfono: para hacer un pedido a través del sistema telefónico automatizado de WellDyneRx, llame al 1-888-479-2000 y oprima 2. Para acceder a su cuenta tendrá que introducir su fecha de nacimiento, código postal y número de teléfono.

PAGOS

Se requiere un pago con cada pedido de receta. WellDyneRx acepta tarjetas VISA, MasterCard, American Express y Discover, así como cheques, cheques por teléfono y giros bancarios y postales. También aceptamos las tarjetas de pago de las cuentas de gastos flexibles y de ahorros para la salud. Para mayor conveniencia, podemos agregar la información de su tarjeta de pago a su cernet y utilizarla para cargar sus pedidos en el futuro. Si agrega varias tarjetas de pago a su cuenta, deberá elegir una de ellas como la tarjeta primaria para los pagos. Todos los pedidos de medicamentos recetados se cargarán a la tarjeta primaria, a menos que usted indique que se utilice otra tarjeta en el momento de efectuar el pedido. Introduzca la información sobre sus tarjetas de pago en línea o llame al servicio de atención a los miembros.

PREFERENCIAS SOBRE LOS MEDICAMENTOS

Cuando el pedido incluya un medicamento de marca, WellDyneRx lo sustituirá por un medicamento genérico equivalente aprobado por la FDA, siempre que esté disponible y que su médico lo permita. Tal como lo confirma la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA), los medicamentos genéricos son variantes de los medicamentos de marca que tienen exactamente las mismas propiedades de eficacia, calidad, seguridad y concentración. Si prefiere recibir solo medicamentos de marca y pagar el costo adicional, llame al servicio de atención a los miembros.

ESTADO DE LOS PEDIDOS

WellDyneRx puede avisarle por correo electrónico sobre el estado de sus pedidos de recetas. Marque “Correo electrónico” como preferencia de contacto para recibir información específica sobre sus pedidos, recordatorios de resurtido y notificaciones de envío con la fecha aproximada de entrega. También ofrecemos mensajes telefónicos automáticos para comunicar el estado de determinados pedidos y recordatorios de resurtido.

SERVICIO DE ATENCIÓN A LOS MIEMBROS

Los representantes del servicio de atención a los miembros están disponibles para contestar sus preguntas y asistirle con sus pedidos de recetas las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Por teléfono: 1-877-782-9658
1-800-900-6570 TTY

Por correo electrónico:

MemberServices@welldynernx.com.
Contestaremos su mensaje dentro de un día hábil.

Nuestros farmacéuticos están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para contestar sus preguntas sobre los medicamentos, cómo tomarlos, qué hacer si se olvida de tomar una dosis, los efectos secundarios, interacciones con otros medicamentos, etc. Si tiene una emergencia médica, llame al 911.

Por teléfono: 1-877-782-9658
1-800-900-6570 TTY

Por correo electrónico:

pharmacist@welldynernx.com.
Contestaremos su mensaje dentro de un día hábil.



Formulario de inscripción en el servicio de entrega de medicamentos recetados

Use este formulario para inscribirse, agregar dependientes o actualizar su información. Envíe el formulario completo a WellDyneRx, P.O. Box 90369, Lakeland, FL 33804.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA DE SEGURO

Apellido(s) _____ Nombre _____ Inicial _____ Fec. nac. _____

Dirección de facturación _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección de envío (La misma que la de facturación) Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Tel. en casa _____ Tel. celular _____ Correo electrónico (para recibir información sobre sus pedidos de recetas) _____

Preferencia de contacto (elija una opción): Correo electrónico Mensaje telefónico automático

Nombre del grupo (primario) _____ Nombre del grupo (secundario) _____

Id. del grupo _____ Id. del miembro _____ Id. del grupo _____ Id. del miembro _____

ALERGIAS Y CONDICIONES DE SALUD

Para su seguridad, WellDyneRx debe contar con la información sobre sus alergias y condiciones de salud y las de sus dependientes antes de dispensar los medicamentos. Incluya la información para otros miembros de su familia en una hoja aparte.

Información del titular de la tarjeta

Información del dependiente

| | | | |
|--|--|--|--|
| Nombre y apellido(s) | | Nombre y apellido(s) | |
| Fec. nac. _____ | | Fec. nac. _____ | |
| <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | | <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F | |
| Relación con el titular de la tarjeta | | | |
| Alergias a fármacos | Condiciones de salud | Alergias a fármacos | Condiciones de salud |
| <input type="radio"/> Ninguna conocida | <input type="radio"/> Ninguna conocida | <input type="radio"/> Ninguna conocida | <input type="radio"/> Ninguna conocida |
| <input type="radio"/> Amoxicilina | <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Amoxicilina | <input type="radio"/> Asma |
| <input type="radio"/> Aspirina | <input type="radio"/> Trastorno hemorrágico | <input type="radio"/> Aspirina | <input type="radio"/> Trastorno hemorrágico |
| <input type="radio"/> Cefaloesporinas | <input type="radio"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD) | <input type="radio"/> Cefaloesporinas | <input type="radio"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD) |
| <input type="radio"/> Codeína | <input type="radio"/> Depresión | <input type="radio"/> Codeína | <input type="radio"/> Depresión |
| <input type="radio"/> Eritromicina | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Eritromicina | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Penicilina | <input type="radio"/> GERD/Úlceras | <input type="radio"/> Penicilina | <input type="radio"/> GERD/Úlceras |
| <input type="radio"/> Sulfamidas | <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca | <input type="radio"/> Sulfamidas | <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="radio"/> Tetraciclinas | <input type="radio"/> Colesterol alto | <input type="radio"/> Tetraciclinas | <input type="radio"/> Colesterol alto |
| <input type="radio"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)* | <input type="radio"/> Hipertensión | <input type="radio"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)* | <input type="radio"/> Hipertensión |
| | <input type="radio"/> Enfermedad hepática | | <input type="radio"/> Enfermedad hepática |
| | <input type="radio"/> Enfermedad renal | | <input type="radio"/> Enfermedad renal |

*Indique el nombre del paciente y las otras alergias a fármacos que tiene.

Preferencias sobre los medicamentos: WellDyneRx sustituirá los medicamentos de marca por un medicamento genérico equivalente aprobado por la FDA, siempre que esté disponible y su médico lo permita. Tal como lo confirma la Administración de Drogas y Alimentos (*Food and Drug Administration*, FDA), los medicamentos genéricos tienen exactamente las mismas propiedades de eficacia, calidad, seguridad y concentración. Indique si prefiere medicamentos de marca o genéricos. Si no marca una casilla, WellDyneRx le enviará medicamentos genéricos.

Envíenme medicamentos genéricos, si están disponibles y si mi médico lo permite.

Solo deseo recibir medicamentos de marca. Entiendo que los medicamentos de marca pueden ser más costosos.

Firma _____ Fecha _____