



COMPRAS DE FARMACIA CON ENVÍO POR CORREO DE DENVER HEALTH

Consejos de Pharmacy Retail by Mail

Las recetas para 90 días de suministro deben estar escritas por un proveedor de Denver Health.

- Envíe el formulario de inscripción y las recetas a Denver Health Central Fill Pharmacy, 500 Quivas Street, Suite A, Denver, CO 80204.
- Espere entre 7 y 10 días hábiles para la entrega.
- Solo se aceptan pagos con tarjeta de crédito.
 - o Medicaid Choice: no se necesita tarjeta de crédito, a menos que desee recibir medicamentos que no sean un beneficio cubierto por su plan.
 - o Llame a su plan de salud al número de teléfono que figura en la parte de atrás de su tarjeta de identificación para averiguar qué medicamentos no están cubiertos.
 - o Todos los demás planes deben tener una tarjeta de crédito registrada.
- Todos los pedidos se envían por el servicio postal de EE. UU. No se puede saber a simple vista que el paquete contiene medicamentos.
- Este programa no provee sustancias controladas ni medicamentos especializados. Estos se deben recoger en cualquier farmacia de Denver Health para pacientes ambulatorios.
- Para renovar medicamentos recetados con Retail by Mail (envío por correo):
 - o Llame a la línea de renovación automática 1-866-347-3345
 - o Visite <https://mychart.denverhealth.org/MyChart/>
 - o Use la aplicación MyChart para teléfonos inteligentes

Formulario de inscripción

Sírvase completar este formulario para inscribirse en el Programa de compras de farmacia con envío por correo de Denver Health. Este programa sólo se puede usar para entregas dentro del Estado de Colorado. Al completar este formulario, usted entiende que su dirección y su información de contacto deben estar actualizadas. Si se envían medicamentos a la dirección equivocada porque usted no actualizó su dirección, es posible que su plan de medicamentos no cubra un nuevo pedido con envío por correo.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PRIMARIO

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____ Número de teléfono: _____

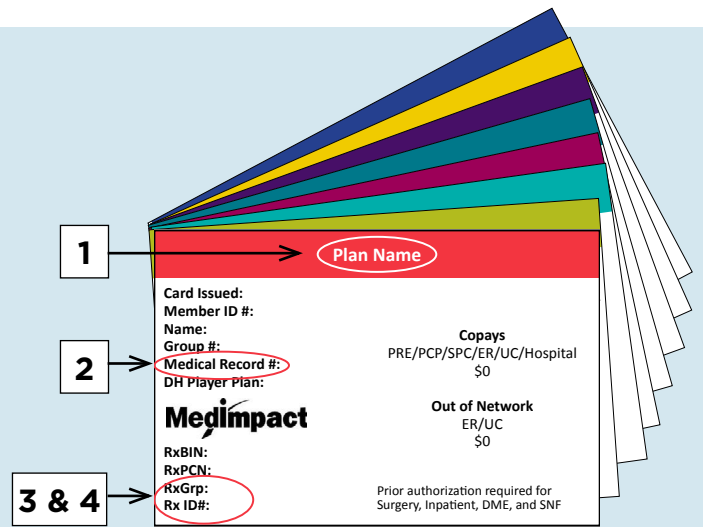
Dirección de correo electrónico (para que podamos comunicarnos con usted cuando se le hayan enviado medicamentos o si surge algún problema): _____

Marque la casilla si ha cambiado de dirección.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Escriba la información del seguro en la tarjeta a continuación:

- 1 Nombre del plan: _____
- 2 Medical Record # MRN: _____
(si lo hubiera)
- 3 RxGrp: _____
- 4 Núm. de farmacia: _____



MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE TAMBIÉN RECIBIRÁN MEDICAMENTOS POR CORREO*

Si la dirección de un miembro de la familia no es igual a la del paciente primario, llame a la farmacia al 303-602-2326.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Rx ID#: _____ Rx Grp: DHM _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Rx ID#: _____ Rx Grp: DHM _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Rx ID#: _____ Rx Grp: DHM _____

*Este espacio es para que usted escriba la información del miembro de su familia, solamente si es menor de 18 años o si usted tiene derechos legales para ayudar en su atención.

INFORMACIÓN DE PAGO

Se adjuntan ____ recetas.

Los pedidos con copagos o no cubiertos por su plan de seguro no se enviarán si no se los paga antes (solo con tarjeta de crédito).

†A los miembros de Medicaid Choice no se les pide que registren una tarjeta de crédito, a menos que deseen recibir por correo medicamentos que no sean un beneficio cubierto por su plan de medicamentos.

Número de tarjeta de crédito*: _____
Fecha de vencimiento de la tarjeta de crédito: _____
Marque una con un círculo: Visa Mastercard Discover
Firma: _____ Fecha: _____

Guardaremos la información de su tarjeta de crédito en nuestros registros, a menos que usted no lo desee. Si no lo desea, marque esta casilla†:

¿Tiene preguntas o necesita cambiar su dirección?

Llame al Servicio al Cliente de Farmacia **303-602-2326** o llame gratis al **1-888-436-3442**
de lunes a viernes de 9 a.m. a 5 p.m.