



LA FAMILIA DE TIENDAS DE KROGER CO.

Cómo realizar pedidos de recetas nuevas

Si toma el mismo medicamento durante varios meses consecutivos, generalmente le resultará más fácil y menos costoso obtener el medicamento por correo que comprarlo en la farmacia local.

Sin embargo, los servicios de pedido por correo no deben utilizarse para los medicamentos que se necesitan de inmediato (antes de dos semanas).

En el caso de los medicamentos de mantenimiento que debe comenzar a tomar de inmediato, puede solicitar a su médico dos recetas. Una receta para comprar una cantidad pequeña en la farmacia local para el uso inmediato, y otra receta para Postal Prescription Services. Recuerde solicitar al médico que emita la receta del pedido por correo por la máxima cantidad que su plan permita y para un año de resurtido (si la ley lo autoriza). Luego envíe la receta a Postal Prescription Services por medio de estos sencillos pasos:

1. En el frente de cada receta nueva, *escriba claramente en letra de molde:*
 - El nombre del afiliado y la relación con la persona cubierta principal (por ejemplo, uno mismo, esposo/esposa, hijo).
 - El número de identificación del afiliado del plan de la persona cubierta principal.
2. Asegúrese de que el nombre del médico que emite la receta esté indicado claramente.
3. Complete el formulario de pedido, incluyendo la información de pago.



4. Proporcione una dirección física para la entrega. Algunos medicamentos, como los narcóticos o las medicinas que necesitan refrigeración, no se pueden enviar a un apartado de correos.



5. Envíe las recetas, el formulario de pedido completo y el copago en el sobre provisto para tal fin. Con cada entrega de Postal Prescription Services, se le enviará un nuevo formulario de pedido y un sobre.

Cómo realizar pedidos de resurtido de recetas

Si su médico le indica un resurtido de la receta, Postal Prescription Services le enviará un comprobante de resurtido de receta junto con el pedido de medicamentos. Cuando necesite el resurtido de la receta, simplemente separe el comprobante y envíelo por correo junto con el formulario de pedido completo y el copago.



Si no encuentra el comprobante de resurtido de receta, escriba los números de las recetas y los nombres de los medicamentos en el formulario de pedido. El número de la receta se encuentra en la esquina superior izquierda de la etiqueta del envase del medicamento.

También puede llamar a la línea gratuita que aparece en este folleto para pedir el resurtido de recetas. Recuerde tener a mano la información de su tarjeta de crédito y los números de las recetas que desea pedir. También puede pedir el resurtido de recetas en nuestro sitio web, www.ppsrx.com.

¿Necesita un resurtido de receta demasiado pronto?

Consulte la fecha del nuevo pedido en el comprobante de resurtido de receta. Por su seguridad, los pedidos de resurtido de recetas que se realizan demasiado pronto no se pueden cumplir, y es posible que se devuelvan.

Medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos se reemplazarán por medicamentos de marca cuando estén disponibles y el médico que emite la receta lo autorice. Postal Prescription Services utiliza solo los medicamentos genéricos que la FDA clasifica como los mejores.

El servicio y la seguridad

Los farmacéuticos certificados de Postal Prescription Services revisan que cada receta sea precisa antes de enviarla, y llevan a cabo controles para garantizar que todas las recetas se envíen correctamente. Contamos con perfiles computarizados de los pacientes para prevenir reacciones adversas con los demás medicamentos que reciben de Postal Prescription Services. Si surgiera alguna duda con respecto a las posibles reacciones adversas, nuestro farmacéutico se comunicará con usted o su médico antes de enviar el medicamento.



Plazo de entrega

Recuerde por favor que la entrega de su pedido puede tardar hasta dos semanas a partir de la fecha en que usted lo solicite. El pedido se enviará a la dirección que usted indicó a través del correo de primera clase de los Estados Unidos u otro servicio de entrega nacional. En caso de emergencia, los medicamentos se pueden enviar por entrega al día siguiente *con un costo adicional para usted*. El horario de atención de Postal Prescription Services es de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., y los sábados de 9:00 a. m. a 2:00 p. m., hora del Pacífico.



Para realizar pedidos de medicamentos por correo, utilice el práctico formulario de pedido adjunto.

**Para realizar pedidos por teléfono:
1-800-552-6694**

**En Portland, Oregon:
(503) 797-2100**

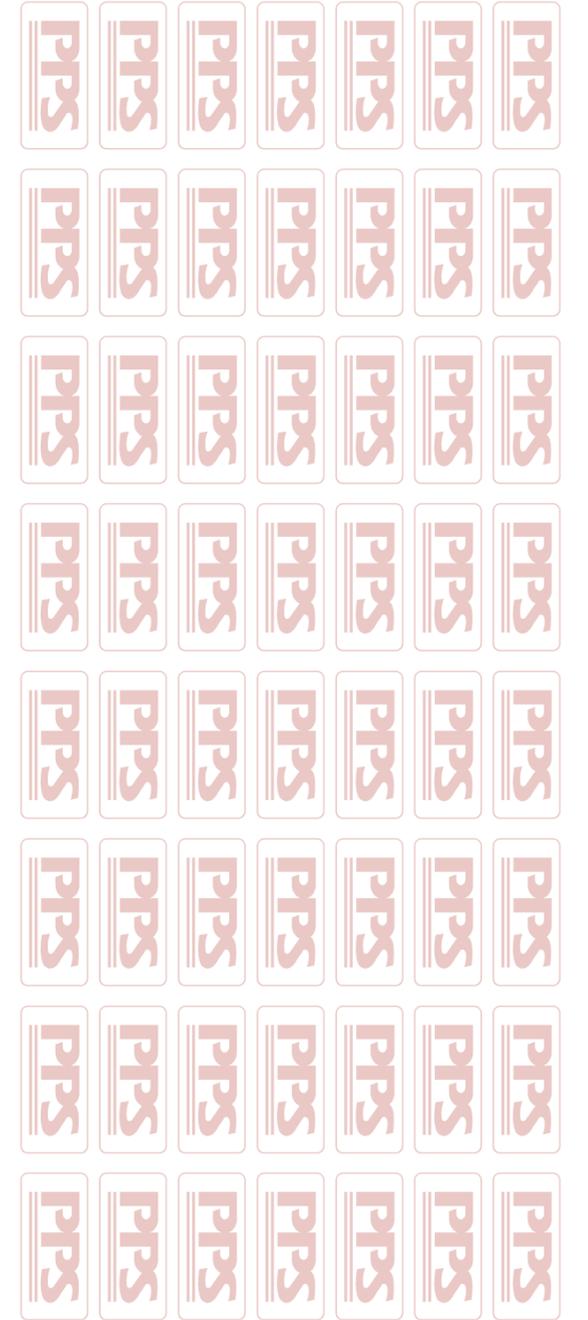
**Visite nuestro sitio web:
www.ppsrx.com**

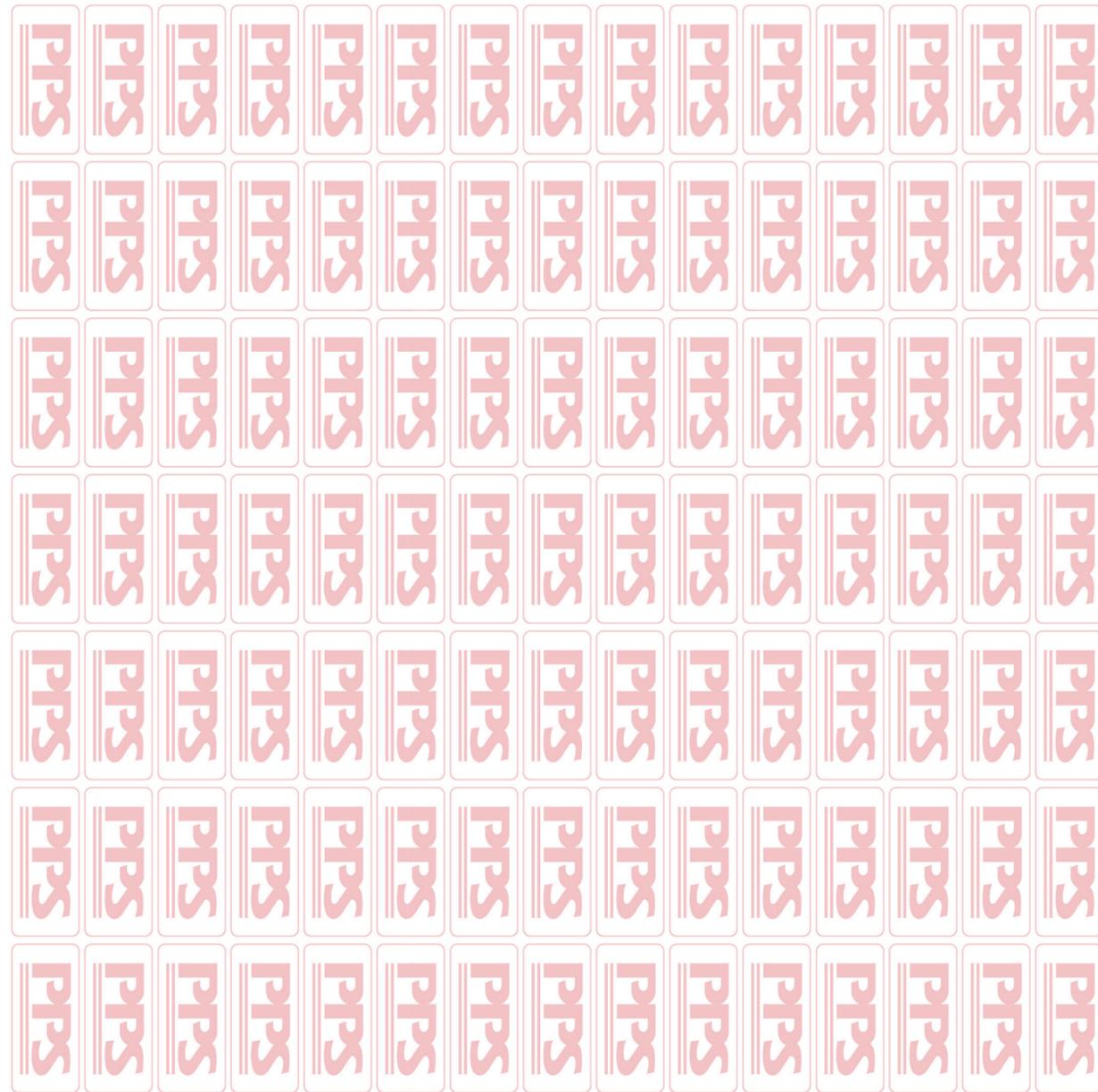
Se requiere franqueo. La Oficina de Correos no realizará el envío sin el franqueo correspondiente.



DE _____

PPS PRESCRIPTION SERVICES
PO BOX 2718
PORTLAND OR 97208-2718





Corte aquí, introduzca el formulario de pedido en el sobre y cierre el sobre.



Fecha de envío del pedido _____ Monto del copago adjunto \$ _____

¿Tiene alguna pregunta?
 Llame al 1-800-552-6694
 En Portland, Oregon:
 (503) 797-2100

Corte aquí y guarde este comprobante para sus registros.

Información del plan de atención médica

Plan de atención médica _____

Nombre del empleador (si corresponde) _____

Número de identificación del asegurado _____

Nombre del asegurado _____

Si es posible, incluya una copia de la tarjeta de seguro cuando envíe el pedido inicial o cuando cambie de seguro.

| Información del paciente | ✓ Alergias a medicamentos/Estado de salud |
|--|--|
| Principal | |
| Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> CODEÍNA <input type="checkbox"/> PENICILINA <input type="checkbox"/> SULFAMIDAS <input type="checkbox"/> ASPIRINA <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| Nombre y teléfono del médico/emisor de la receta _____ | <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDÍACAS <input type="checkbox"/> HIPERLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| Esposo/Esposa | |
| Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> CODEÍNA <input type="checkbox"/> PENICILINA <input type="checkbox"/> SULFAMIDAS <input type="checkbox"/> ASPIRINA <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| Nombre y teléfono del médico/emisor de la receta _____ | <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDÍACAS <input type="checkbox"/> HIPERLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| Dependiente | |
| Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Fecha de nacimiento _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/> CODEÍNA <input type="checkbox"/> PENICILINA <input type="checkbox"/> SULFAMIDAS <input type="checkbox"/> ASPIRINA <input type="checkbox"/> OTRO _____ |
| Nombre y teléfono del médico/emisor de la receta _____ | <input type="checkbox"/> ASMA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> PRESIÓN ARTERIAL ALTA <input type="checkbox"/> ENFERMEDADES CARDÍACAS <input type="checkbox"/> HIPERLIPIDEMIA <input type="checkbox"/> OTRO _____ |

Enviar a esta dirección

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular (_____) _____

Teléfono de día (_____) _____

¡Gracias por elegirnos!

- Para pedir *resurtidos* o transferencias de *recetas*, adjunte aquí los comprobantes de resurtido de recetas o complete esta sección.
- ✓ Para pedir *recetas nuevas*, adjunte la receta en el sobre provisto y marque aquí.

| Cantidad | Número de receta | Nombre del medicamento | Concentración | Nombre de la farmacia | Teléfono de la farmacia | Nombre y teléfono del médico | Precio o copago |
|------------------|------------------|------------------------|---------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------|-----------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Total: \$ | | | | | | | |

Información sobre la solicitud de retiro de la tapa de seguridad:

Las leyes federales exigen que los medicamentos se envíen en un envase con una tapa de seguridad o una tapa a prueba de niños, a menos que usted solicite lo contrario. Si desea recibir los medicamentos en un envase con una tapa "fácil de abrir," firme a continuación. **No desee las tapas de seguridad:**

Firma del paciente _____ Fecha _____

Método de pago:

Cheque Giro postal Visa/MasterCard Discover Am. Express

 Número de tarjeta de crédito _____ Fecha de vencimiento _____

Firma del titular de la tarjeta _____

Haga el cheque o giro postal pagadero a:

PPS