

Farmacia por correo



La farmacia por correo le permite recibir sus medicamentos en un lugar conveniente, como su hogar, su oficina o el consultorio de su médico, sin cargos de envío. Lo recomendamos si usted utiliza algún medicamento de forma continua.

A continuación la información necesaria para utilizar el servicio por correo.

Cómo registrarse: A través de nuestro portal WellView para los asegurados. Deberá proporcionar información sobre su seguro, información de contacto, de pago y de salud de usted y sus dependientes cubiertos.

1. En línea: regístrese en www.WellDyne.com. Haga clic en «Members» y luego en «Register Now» para obtener acceso 24/7 a la información sobre sus beneficios y sus recetas. Debe incluir número de asegurado, nombre, primer apellido y fecha de nacimiento.

2. Por correo: complete el Formulario de inscripción en el servicio de farmacia de pedido por correo y envíelo a WellDyne.*

Envío de sus recetas: Su médico debe escribir las recetas para un suministro de 90 días (o el número de días que su plan admita para el servicio de entrega por correo). Es posible que las leyes federales y estatales vigentes impongan algunas limitaciones para ciertos medicamentos, como las sustancias controladas. Al recibir su receta, la procesamos y enviamos a la dirección predeterminada por usted. Puede enviar sus recetas a WellDyne de la siguiente manera:

1. En forma electrónica: esta es la manera más rápida de pedir un medicamento recetado. Pídale a su médico que envíe sus recetas en forma electrónica a la farmacia WellDyne

2. Por fax: al 1 (888) 830-3608 o al 1 (877) 221-1259.

3. Por correo: Escriba su número de asegurado y fecha de nacimiento del paciente en las recetas y envíelas a la dirección postal incluida en esta comunicación.

Pedir una repetición: El mejor momento para hacerlo es cuando le queden 14 días de su medicamento; para su conveniencia le enviaremos un recordatorio cerca de esa fecha.

1. En línea: pida la repetición en www.WellDyne.com.

2. Por correo: Escriba su número de asegurado y fecha de nacimiento del paciente en las recetas y envíelas a la dirección postal incluida en esta comunicación.

3. Por teléfono: para iniciar un pedido por el sistema telefónico automatizado de WellDyne, llame al 1 (866) 448-3339, oprima el #2 y luego siga las instrucciones.

Para acceder a su cuenta, deberá marcar su fecha de nacimiento, código postal y número de teléfono.

Pagos: Todos los pedidos de medicamentos recetados deben ir acompañados de un pago. WellDyne acepta tarjetas VISA, MasterCard, American Express y Discover, cheques, cheques por teléfono y giros bancarios y postales. Una vez que se registre podrá actualizar la información de su tarjeta de pago o agregar otra tarjeta a través de nuestra página web y de nuestro sistema telefónico automatizado.

Preferencias sobre medicamentos: WellDyne sustituye todos los medicamentos de marca por un equivalente genérico aprobado por la Administración de Medicamentos y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU., cuando haya un genérico disponible y su médico lo permita. Tal como lo confirma la FDA, las variantes genéricas de los medicamentos de marca tienen las mismas propiedades de eficacia, calidad, seguridad y concentración. Si prefiere recibir los medicamentos de marca puede tener un costo adicional.

Comprobar el estado de un pedido: Puede revisar el estado de un pedido mediante la página web o el sistema telefónico automatizado de WellDyne. También ofrecemos información de pedidos, recordatorios de repeticiones y notificaciones de envío mediante mensajes electrónicos y telefónicos.

Servicio a Cliente: Nuestros representantes pueden contestar sus preguntas y ayudar con los pedidos las 24 horas del día, los 7 días de la semana en inglés y de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm (EST) en español o inglés.

También tenemos farmacéuticos disponibles para atender consultas sobre los medicamentos; cómo se toman, qué hacer si no se toma una dosis, efectos secundarios e interacciones con otros medicamentos. En caso de emergencia médica llame al 911.

Por teléfono: Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicio al Cliente de WellDyne llamando al 1 (866) 448-3339.

TTY: 1 (800) 900-6570

* Dirección de correo: WellDyne
P.O. Box 90369,
Lakeland, FL 33804

Si tiene preguntas, póngase en contacto con Servicio al Cliente de WellDyne llamando al 1 (866) 448-3339,

Formulario de inscripción en el servicio de farmacia por correo de WellDyne



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

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA DE SEGURO

Apellido(s)	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
Dirección de facturación	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de envío (<input type="checkbox"/> 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)	
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, WellDyne 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		Información del dependiente	
Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)		Nombre y apellido(s)	
Relación con el titular de la tarjeta		Relación con el titular de la tarjeta		Relación con el titular de la tarjeta	
Fec. nac.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. nac.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. nac.	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Alergias a fármacos	Condiciones de salud	Alergias a fármacos	Condiciones de salud	Alergias a fármacos	Condiciones de salud
<input type="checkbox"/> Ninguna conocida					
<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Amoxicilina	<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico
<input type="checkbox"/> Cefalosporinas	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)	<input type="checkbox"/> Cefalosporinas	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)	<input type="checkbox"/> Cefalosporinas	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar crónica obstructiva (COPD)
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Deprvesión	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Deprvesión	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Deprvesión
<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> GERD/Úlceras	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> GERD/Úlceras	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> GERD/Úlceras
<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Sulfamidas	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca
<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)*	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)*	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Otra (use el espacio provisto a continuación)*	<input type="checkbox"/> Hipertensión
	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática		<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática		<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal		<input type="checkbox"/> Enfermedad renal

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

Preferencias sobre los medicamentos: WellDyne 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, WellDyne 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 _____