



Registro Humana Pharmacy y Formulario de Pedido

Elija la opción que es más fácil para que usted pueda comenzar con Humana Pharmacy!

En línea: Si desea inscribirse en línea o para obtener más información, visite **HumanaPharmacy.com**.

Por teléfono: llame a Humana Pharmacy al **1-800-379-0092 (TTY 711)**. Los representantes de Atención al cliente están disponibles de lunes a viernes de 8 a.m. a 11 p.m. y el sábado de 8 a.m. a 6:30 p.m. (hora del Este).

Por correo: Complete este formulario y enviar de vuelta a Humana Pharmacy, junto con su receta de papel, a la dirección indicada. Escriba toda la información con LETRA MAYÚSCULA legible en tinta AZUL o NEGRA.

Información del afiliado

Identificación del afiliado

(que se encuentra en la tarjeta de identificación)

Fecha de nacimiento

Sexo

Masculino

Femenino

Nombre

Apellido

Inicial

Número de la calle

Nombre de la calle

N.º de Apto./Suite

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono diurno

Teléfono nocturno

Complete la dirección de envío a continuación si fuera diferente a la dirección del afiliado mencionada arriba

Número de la calle

Nombre de la calle

N.º de Apto./Suite

Ciudad

Estado

Código postal

Preferencias de la cuenta

Dirección de correo electrónico - por favor proporcione su dirección de correo electrónico podemos enviar alertas y recordatorios importantes.

Idioma que prefiere

Inglés

Tapas fáciles de abrir?

Sí

No

para las comunicaciones: Español

Actualmente tomo estos medicamentos:

Actualmente tomo estas medicaciones sin receta médica y/o suplementos herbarios:

Método de pago



215A



Para ayudar a evitar demoras en el envío de sus pedidos, te animamos a poner una tarjeta de crédito en archivo. Al seleccionar la función carga automática de tarjeta de crédito, Humana Pharmacy no tendrá que ponerse en contacto con usted antes de su envío fin - su tarjeta sólo se cargará si hay una cantidad adeudada.

N.º de tarjeta de crédito/débito

Fecha de vencimiento

/

Nombre del titular de la tarjeta

Apellido del titular de la tarjeta

Firma del titular de la tarjeta:

Carga automática de Tarjeta de Crédito - Autorizo Humana Pharmacy para cargar esta tarjeta para todos los pedidos

Alergias

| | |
|--------------|-----------------------|
| No conocidas | <input type="radio"/> |
| Aspirina | <input type="radio"/> |
| Codeína | <input type="radio"/> |
| Maní | <input type="radio"/> |
| Penicilina | <input type="radio"/> |
| Sulfamida | <input type="radio"/> |

Afecciones médicas

| | |
|-------------------------|-----------------------|
| Artritis | <input type="radio"/> |
| Asma | <input type="radio"/> |
| Diabetes | <input type="radio"/> |
| Reflujo gastroesofágico | <input type="radio"/> |
| Glaucoma | <input type="radio"/> |
| Enfermedad cardíaca | <input type="radio"/> |

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Presión arterial alta | <input type="radio"/> |
| Colesterol alto | <input type="radio"/> |
| Migrañas | <input type="radio"/> |
| Osteoporosis | <input type="radio"/> |
| Embarazo | <input type="radio"/> |
| Enfermedad tiroidea | <input type="radio"/> |

Otras alergias o afecciones médicas no mencionadas anteriormente:

Próximos pasos - nos envían sus recetas!

Si usted tiene una receta de papel, puede enviarlo por correo junto con este formulario completo - instrucciones de envío están por debajo.

- su médico puede enviar sus nuevas recetas a Humana Pharmacy:

- Electrónicamente (ePrescribe)
- Por fax: 1-800-379-7617
- Por teléfono: 1-800-379-0092

Instrucciones de envío por correo

Envíe este formulario junto con su(s) receta(s) y pago a:

Humana Pharmacy, P.O. Box 745099, Cincinnati, OH 45274-5099

Escriba su nombre, fecha de nacimiento, identificación de afiliado de Humana y dirección de envío al reverso de cada receta. Si usted no puede pagar con tarjeta y prefiere enviar un cheque, por favor escriba su nombre de miembro en el cheque y de correo con su receta.

NOTA: Las recetas pueden ser surtidas o procesadas por cualquiera de las farmacias de Humana Pharmacy. A fin de cumplir con ciertas leyes federales y estatales y garantizar la integridad de los medicamentos expedidos, todas las ventas de Humana Pharmacy son finales. El pago debe realizarse en el momento del envío. Algunos planes de salud requieren que el paciente pague la diferencia entre los costos de medicamentos genéricos y los medicamentos de marca. Las leyes estatales permiten a los farmacéuticos reemplazar un medicamento de marca por un medicamento genérico menos costoso, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario.

La discriminación es contra la ley

Humana Pharmacy, Inc. cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana Pharmacy, Inc. no excluye ni trata de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Pharmacy, Inc. proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-800-379-0092 o envíe un correo electrónico a accessibility@humana.com; si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana Pharmacy, Inc. ha fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-800-379-0092 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-379-0092 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-379-0092 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-379-0092 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-379-0092 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-379-0092 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-379-0092 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-379-0092 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-379-0092 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-379-0092 (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-379-0092 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-379-0092 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-379-0092 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-379-0092 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-379-0092 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-379-0092 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-379-0092 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hóló, koji' hódíílnih 1-800-379-0092 (TTY: 711)