



# Formula4Success®

El programa Formula4Success® ofrece información detallada, paso a paso, y apoyo para obtener los productos Vitaflo™ que necesita. Ya sea que necesite ayuda con el seguro o para encontrar distribuidores o suministradores, estamos a su disposición.

**Sin  
costo**

**Investigación  
de beneficios**

**Apoyo con  
reclamaciones**

**Acceso a  
productos**

## La inscripción es sencilla.

**1**

**Descargue** el formulario de inscripción para sus necesidades de fórmula.

**2**

**Trabaje con** su profesional de atención médica (HCP) para completar el formulario\*. Asegúrese de firmar la declaración de privacidad del paciente e incluir una copia del anverso y reverso de todas sus tarjetas de seguro médico activas.

**3**

**Envíe** el formulario completado y los documentos\*\* a **[Formula4Success@VitafloUSA.com](mailto:Formula4Success@VitafloUSA.com)** o por fax al 888-485-7193.

\*Se deben rellenar todos los campos para completar el proceso de inscripción.

\*\*For HCPs: You can click [here](#) to access the Detailed Written Order (DWO) and [here](#) for Letters of Medical Necessity (LMN) templates, then send them via email along with recent and/or relevant clinical notes and labs to the **Formula4Success** team.

Para profesionales de atención médica: Pueden hacer clic [aquí](#) para acceder a la plantilla de la orden detallada por escrito (Detailed Written Order, DWO), y [aquí](#) para las plantillas de las cartas de necesidad médica (Letters of Medical Necessity, LMN). Luego envíelas por correo electrónico, junto con notas clínicas y análisis de laboratorio recientes y/o relevantes, al grupo de **Formula4Success**.



Enhancing Lives Together  
A Nestlé Health Science Company

Certified



Corporation

Visite [VitafloUSA.com/Formula4Success](https://VitafloUSA.com/Formula4Success) o llame al 800-520-6112



## Información del paciente (en letra de imprenta)

Nombre legal del paciente \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/de la madre o tutor(es) legal(es) (si el paciente tiene menos de 18 años) \_\_\_\_\_  
 Dirección de envío \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
 Número(s) de teléfono preferido(s) ( ) \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_  
 Producto(s) VitaFlo solicitado(s) \_\_\_\_\_

## Información del proveedor de atención médica

Clínica \_\_\_\_\_  
 Dirección de la clínica \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### Incluya abajo los datos de contacto del dietista o profesional de atención médica que le receta la fórmula.

Nombre \_\_\_\_\_  
 Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Información de seguro principal

Proveedor del seguro \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
 ID de grupo \_\_\_\_\_  
 ID del miembro \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del proveedor de seguro ( ) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de los servicios de farmacia ( ) \_\_\_\_\_

## Información de seguro secundario

Proveedor del seguro \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_  
 ID de grupo \_\_\_\_\_  
 ID del miembro \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono del proveedor de seguro ( ) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono de los servicios de farmacia ( ) \_\_\_\_\_

## Consentimiento del paciente (obligatorio)

Lea y marque ambas casillas:

- He leído y aceptado la Declaración de privacidad y la Autorización para compartir información que se indican a continuación.
- Doy mi consentimiento para inscribirme en el programa **Formu4Success**.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
 Representante del paciente (en letra de imprenta) \_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o firma del representante del paciente (obligatoria) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Autoridad:  Padre/madre/tutor legal  Poder notarial  Poder notarial limitado  Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**Autorización del paciente para compartir información médica** Obligatoria para la inscripción del paciente  
 Al firmar abajo y entregar su información, usted autoriza a **Formu4Success** para VitaFlo™ USA, Inc. ("**VitaFlo**"), para que se comunique con usted y recopile información de su cobertura de seguro médico personal para compartirla con nuestros agentes y contratistas, así como organizaciones externas (incluidos los proveedores de atención médica y planes de salud), a fin de verificar la cobertura de su seguro y ofrecerle apoyo para reembolsos de productos **VitaFlo**. Usted reconoce que **VitaFlo** no garantiza la cobertura de ningún proveedor de planes de seguro, ni reembolsará ninguna reclamación que haya sido denegada por proveedores externos. Si desea revocar su consentimiento para permitir que se acceda y comparta su información, puede notificarnos en cualquier momento enviando un mensaje de correo electrónico a [Formu4Success@VitaFloUSA.com](mailto:Formu4Success@VitaFloUSA.com)

### Aviso importante:

La información en este sitio web es solamente para propósitos informativos y no constituye un consejo legal. Todas las determinaciones de necesidad médica deben ser realizadas por el médico responsable. La información que figura en este sitio web se obtiene de fuentes externas y está sujeta a cambiar sin aviso debido a las leyes, reglamentaciones y directrices que cambian de manera frecuente. Los usuarios deben comunicarse con los pagadores adecuados para hacer preguntas específicas con respecto a la codificación, la cobertura o los reembolsos. **VitaFlo** no garantiza la cobertura de ningún plan de seguro y no reembolsará ninguna reclamación que haya sido denegada por terceros pagadores.



Enhancing Lives Together  
 A Nestlé Health Science Company

[VitaFloUSA.com/Formu4Success](http://VitaFloUSA.com/Formu4Success)

