

FORMULARIO DE PEDIDO DE ENTREGA A DOMICILIO



EXPRESS SCRIPTS®



DOBLAR AQUÍ

1 Información del miembro: Verifique o proporcione a continuación información del miembro.

ID del miembro: _____

Grupo: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Cd., Est., C.P.: _____

Envíenme avisos por correo electrónico sobre el estatus de la(s) receta(s) adjunta(s) y el pedido en línea, a:

@ _____

Nueva dirección de envío: _____

(Express Scripts mantendrá esta dirección en sus registros para todos los pedidos de esta membresía, hasta que otra persona de esta membresía proporcione otra dirección de envío.)

Tel. de día: _____

Tel. de noche: _____

DOBLAR AQUÍ

2 Información del paciente/médico: Complete una sección para cada persona que tenga una receta. Si una persona tiene recetas de más de un médico, complete una nueva sección para cada médico (al reverso hay secciones adicionales). Envíe todas las recetas en el mismo sobre.

Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

M F

Relación del paciente con el miembro

Él mismo Conyuge Dependient

Apellido del médico

Inicial de

No. tel. del médico

Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

M F

Relación del paciente con el miembro

Él mismo Conyuge Dependient

Apellido del médico

Inicial de

No. tel. del médico

3 Complete su pedido: Puede pagar mediante cheque electrónico, cheque, giro postal/bancario o tarjeta de crédito. Haga cheques y giros postales/bancarios **pagaderos a Express Scripts**, y escriba su número de identificación de miembro al frente. Puede inscribirse para realizar pagos con cheque electrónico y obtener precios de medicamentos en Express-Scripts.com, o llame al número de teléfono de Servicios para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Número de recetas enviadas con este pedido: _____

Opciones de pago: cheque electrónico Pago adjunto Tarjeta de crédito Enviar factura

Para pagos con tarjeta de crédito:

Visa MC Discover Amex Diners

Fecha de vencimiento

X

M M A A Firma del tarjetahabiente

Número de tarjeta de crédito

Autorizo a Express Scripts para que cargue a esta tarjeta todos los pedidos de todas las personas de esta membresía.

Apresuren el envío de este pedido (\$21, costo sujeto a cambio). NOTA: Esto solo acelerará el envío, no el procesamiento de su pedido. Se requiere una dirección postal; no se permiten apartados postales (P.O.)

Información del paciente/médico cont.

Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

 M F

Relación del paciente con el miembro

 Él mismo Conyuge Dependent

Apellido del médico

Inicial de

No. tel. del médico

Nombre

Apellido(s)

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

 M F

Relación del paciente con el miembro

 Él mismo Conyuge Dependent

Apellido del médico

Inicial de

No. tel. del médico

Recordatorios importantes y otra información

Verifique que su médico le haya recetado un suministro por la cantidad máxima de días permitida por su plan (no un suministro de 30 días), más resurtidos por hasta 1 año, si corresponde. Además, pregunte a su médico o farmacéuta sobre medicamentos genéricos seguros, eficaces y más económicos.

Complete el cuestionario de salud, alergias y medicamentos.

Podría haber un límite al saldo que puede llevar en su cuenta.

Si este pedido sobrepasa su límite, debe incluir el pago. Evite demoras en el procesamiento, pagando con cheques electrónicos o tarjeta de crédito. (Consulte detalles en la Sección 3.)

Si es beneficiario de la Parte B de Medicare Y tiene un seguro de salud privado, revise los materiales de sus beneficios de medicamentos recetados para determinar la mejor manera de obtener medicamentos y suministros de la Parte B de Medicare. O, llame a Servicios para miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Para verificar la cobertura de recetas de la Parte B de Medicare, llame a Medicare al 1.800.633.4227.

Express Scripts hará todo esfuerzo posible, como lo dicte la ley, para sustituir formulaciones genéricas de medicamentos, a menos que usted o su médico específicamente indiquen lo contrario.

Las leyes de Pennsylvania y Texas permiten a los farmacéutas sustituir un equivalente genérico más económico por un medicamento de marca, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario.

Marque la casilla si no desea una marca o medicamento genérico más económico.

Tome en cuenta que esto se aplica solo a nuevas recetas y a todo resurtido de esa receta.

Para obtener información adicional o ayuda, visítenos en Express-Scripts.com o llame a Servicios para miembros al número de teléfono que aparece en su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1.800.759.1089.

La ley federal prohíbe la devolución de sustancias controladas dispensadas.

Programa: <<XXXXXXXXXX>>



Meta su(s) receta(s), este formulario y su pago en un sobre. No use grapas ni clips sujetapapeles.

EXPRESS SCRIPTS
PO BOX 66566
ST. LOUIS, MO 63166-6566