

FORMULARIO PARA PEDIDO DE ENTREGA A DOMICILIO



DOBLE AQUÍ

DOBLE AQUÍ

1 Información sobre el miembro: verifique o brinde la información sobre el miembro que se solicita a continuación.

Identificación del miembro: _____

Grupo: _____

Nombre: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Domicilio: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono diurno:

Envíeme por correo electrónico notificaciones sobre el estado de las recetas adjuntas y los pedidos en línea a: _____@_____.

Nueva dirección de envío: _____

(Express Scripts conservará esta dirección en sus registros para enviar todos los pedidos de esta membresía hasta que cualquier persona de la misma proporcione otra dirección de envío).

Teléfono nocturno:

2 Información sobre el paciente o el médico: Complete una sección para cada persona que posee una receta. Si una persona posee recetas de más de un médico, complete una nueva sección para cada médico (las secciones adicionales se encuentran en el reverso). Envíe todas las recetas en el sobre proporcionado.

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

Parentesco del paciente con el miembro

M F

Titular Cónyuge Persona a su cargo

Titular Cónyuge Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera inicial

Número de teléfono del médico

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Sexo

Parentesco del paciente con el miembro

M F

Titular Cónyuge Persona a su cargo

Titular Cónyuge Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera inicial

Número de teléfono del médico

3 Complete su pedido: puede pagar con un cheque electrónico, cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Emita los cheques y giros postales a la orden de Express Scripts y anote su número de identificación de miembro en el anverso. Puede inscribirse para realizar pagos con cheques electrónicos y cotizar medicamentos en ExpressScripts.com o llame al número de teléfono de Servicio para miembros que se encuentra en su tarjeta de identificación.

Cantidad 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

Número de tarjeta de crédito

Fecha de vencimiento

M M/ A A

Firma del titular de la tarjeta

Autorizo a Express Scripts a cargar a esta tarjeta todos los pedidos de cualquier persona de esta membresía.

Acelerar este envío (\$21, costo sujeto a cambio). NOTA: sólo se acelerará el envío, no el procesamiento de su pedido. La dirección es obligatoria; no se acepta una casilla de correo.

Continuación de la información sobre el paciente/médico

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)

Sexo

 M F

Parentesco del paciente con el miembro

 Titular Cónyuge Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera
inicial

Número de teléfono del médico

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento
(MM/DD/AAAA)

Sexo

 M F

Parentesco del paciente con el miembro

 Titular Cónyuge Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera
inicial

Número de teléfono del médico

Recordatorios importantes y otra información

Verifique que su médico haya recetado el suministro para la cantidad máxima de días permitida por su plan (no un suministro de 30 días), más renovaciones por un plazo máximo de 1 año, en caso de ser pertinente. También, consulte a su médico o farmacéutico sobre los medicamentos genéricos seguros, efectivos y menos costosos.

Complete el Cuestionario de salud, alergias y medicamentos.

Puede existir un límite en el saldo que puede tener en su cuenta. Si este pedido excede ese límite, deberá incluir el pago. Evite demoras en el procesamiento utilizando cheques electrónicos o una tarjeta de crédito. (Observe la sección 3 para obtener detalles.)

Si usted es un beneficiario de Medicare Parte B Y posee un seguro médico privado, verifique sus materiales sobre los beneficios de medicamentos con receta para determinar la mejor forma de obtener materiales y medicamentos de Medicare Parte B. O bien, llame al número de teléfono de Servicios para miembros, que aparece en su tarjeta de identificación. Para verificar la cobertura de recetas de Medicare Parte B, llame a Medicare al

1.800.633.4227.

Express Scripts hará todos los esfuerzos posibles, en caso de ser pertinente por 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 farmacéuticos sustituir un medicamento genérico equivalente menos costoso por uno de marca salvo que usted o su médico indiquen lo contrario.

Marque la casilla si no desea un medicamento genérico o de marca menos costoso.

Tenga en cuenta que esto se aplica sólo a nuevas recetas y a renovaciones de dicha receta.

Para obtener información adicional o ayuda, visítenos en ExpressScripts.com o llame al número de teléfono de Servicio para miembros que se encuentra 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 distribuidas.

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

EXPRESS SCRIPTS
PO BOX 747000
CINCINNATI, OH 45274-7000

