



Nuevo formulario de pedido por correo para medicamentos con receta

1 Información del miembro y del médico: use tinta negra o azul; un formulario por miembro.

Número de identificación del miembro		
(Cobertura adicional, si corresponde) Número de identificación del miembro secundario		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Dirección de entrega		N.º de apto.
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono con código de área		
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Correo electrónico
Nombre del médico		
Teléfono del médico con código de área		

2 Historia médica

Alergias a medicamentos:

<input type="radio"/> Ninguna conocida	<input type="radio"/> Aspirina	<input type="radio"/> Eritromicina	<input type="radio"/> Quinolonas	<input type="radio"/> Otras: _____
<input type="radio"/> Amoxil/Ampicilina	<input type="radio"/> Cefalosporinas	<input type="radio"/> AINE	<input type="radio"/> Sulfas	_____
	<input type="radio"/> Codeína	<input type="radio"/> Penicilina	<input type="radio"/> Tetraciclinas	_____

Condiciones médicas:

<input type="radio"/> Ninguna conocida	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Otras: _____
<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Condición cardíaca	<input type="radio"/> Osteoporosis	_____
	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Presión arterial alta	<input type="radio"/> Enfermedad tiroidea	_____

Medicamentos de venta libre o de hierbas que toma usualmente:

3 Información de pago y entrega; no envíe efectivo

Se incluye la entrega estándar gratis. Las nuevas recetas deben llegar en 10 días hábiles a partir de la fecha en que recibimos el pedido completo. Los pedidos completos para resurtido deben llegar en 7 días hábiles. OptumRx se comunicará con usted si hay un retraso extendido en la entrega de sus medicamentos.

Puede iniciar sesión en optumrx.com para consultar información de precios de medicamentos antes de adjuntar el pago. Cuando se hayan enviado, ya no se pueden devolver los medicamentos para reembolsos o ajustes.

<input type="radio"/> Envío nocturno. Agregue \$12.50 a la cantidad del pedido (sujeto a cambios).	Número de la nueva tarjeta de crédito	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cheque adjunto. Todos los cheques deben ir firmados y emitidos a: OptumRx.	Fecha de vencimiento (Mes/Año)	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Cargarlo a la tarjeta de crédito incluida en mi expediente.		
<input type="radio"/> Cargarlo a mi NUEVA tarjeta de crédito.		

Aceptamos Visa, MasterCard, AMEX y Discover

Fecha _____ de la firma: _____

Cobramos en esta tarjeta de crédito los copagos/coaseguros y otros gastos relacionados con nuevos pedidos de medicamentos con receta y los resurtidos de mantenimiento. Al dar el número de mi tarjeta de crédito, autorizo a OptumRx a mantener la tarjeta de crédito en mi expediente como método de pago para futuros cargos. Para modificar la selección del pago, comuníquese con servicio al cliente en cualquier momento.

4 Envíe este formulario de pedido completado con su nueva receta a OptumRx, P.O. Box 2975, Mission, KS 66201. NO ENGRAPE NI PEGUE LAS RECETAS AL FORMULARIO DE PEDIDO.

