



P.O. Box 61010  
Virginia Beach, VA 23466-1010

	<b>Envíe este formulario a:</b>
	ppqsqrrsprrrsqrrrrrrsrqsqqpppsrppqsqpsppqrrrrprrrsppqsrrppq IngenioRx Home Delivery PO BOX 94467 PALATINE, IL 60094-4467
N.º de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba)	
<input type="text"/>	
Nombre del patrocinador del plan de medicamentos recetados o nombre de la compañía	

**Instrucciones:**

Use **tinta azul o negra** y **escriba en letras mayúsculas**. Llene **ambos lados** de este formulario.

**Recetas nuevas:** Envíe sus recetas con este formulario. Cantidad de recetas **nuevas:**

**Reposiciones:** Ordene por Internet, por teléfono, o escriba los números de la receta abajo. Cantidad de **reposiciones:**

**PARA RECIBIR SU PEDIDO MÁS RÁPIDO** ordene las reposiciones o nuevas recetas en línea o por teléfono en el sitio web/número de teléfono que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

**A Dirección de envío.** Para enviar a una dirección diferente de la indicada anteriormente, escriba aquí los cambios.

Apellido	Primer nombre	Inicial 2.º nombre	Sufijo (JR, SR)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección	N.º de apt.	<input type="radio"/> Use dirección de envío solamente para este pedido.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/>	
N.º de teléfono/Día: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N.º de teléfono /Noche: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		

**B Reposiciones:** Para ordenar sus reposiciones de envío por correo, escriba los números de las recetas abajo.

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_

Inicie sesión para comprobar el estado del pedido y acceder a información personalizada sobre sus beneficios para medicamentos recetados. Cuando obtenga una nueva receta, asegúrese de pedirle a su médico que la expida para la cantidad máxima permitida por su plan, por lo general un suministro de 90 días. Asegúrese de que su médico FIRME y FECHÉ todas las recetas nuevas. Queremos proveerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. Para lograrlo, sustituiremos medicamentos de marca por equivalentes genéricos cuando sea posible. Si no desea que sustituyamos su medicamento por uno genérico, denos instrucciones específicas, incluidos los nombres de los medicamentos, en la sección "Instrucciones Especiales" de este formulario.

Podemos enviar todas estas recetas en el mismo paquete a menos que usted nos indique lo contrario.



Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

**C** Cuéntenos sobre las personas que realizan el pedido de medicamentos recetados. Si son más de dos, complete otro formulario.

**Primera persona** con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

Sufijo (JR, SR)

APODO

Sexo:  M  F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha en que la receta fue expedida: \_\_\_\_\_

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º de teléfono del médico

Cuéntenos sobre la nueva información de salud para la 1ª persona, si nunca la proporcionó o si cambió.

**Alergias:**  Ninguna  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Cacahuates  Penicilina  Sulfonamidas  Otra: \_\_\_\_\_

**Afecciones médicas:**  Artritis  Asma  Diabetes  Reflujo gástrico  Glaucoma  Afección cardíaca  Hipertensión  Colesterol alto  Migrañas  Osteoporosis  Trastornos de la próstata  Tiroides  Otra: \_\_\_\_\_

**Segunda persona** con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

APELLIDO

1er NOMBRE

Sufijo (JR, SR)

APODO

Sexo:  M  F

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Fecha en que la receta fue expedida: \_\_\_\_\_

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º de teléfono del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona, si nunca la proporcionó o si cambió.

**Alergias:**  Ninguna  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Cacahuates  Penicilina  Sulfonamidas  Otra: \_\_\_\_\_

**Afecciones médicas:**  Artritis  Asma  Diabetes  Reflujo gástrico  Glaucoma  Afección cardíaca  Hipertensión  Colesterol alto  Migrañas  Osteoporosis  Trastornos de la próstata  Tiroides  Otra: \_\_\_\_\_

**D** Instrucciones especiales: \_\_\_\_\_

**E** ¿Cómo querría pagar por este pedido? (Si su copago es \$0, usted no necesita proveer la información de pago.)

**Cheque electrónico.** Pague a través de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llamar a Servicio al Cliente.)

**Tarjeta de crédito o de débito.** (VISA®, MasterCard®, Discover®, or American Express®)

Use su tarjeta en registrada.

Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de vencimiento de su tarjeta.

# DE LA TARJETA Vence: MM/AA

**Cheque o giro postal.** Monto: \$ \_\_\_\_\_.

- Emita su cheque/giro postal a nombre de IngenioRx Home Delivery.
- Escriba su No. de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es devuelto, le cargaremos hasta \$40.

**El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros:**

Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos para pagar cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

Firma del titular de la tarjeta de crédito / Fecha

**La entrega regular es gratis** y tomará hasta 5 días después de que su pedido sea procesado. **Si desea la entrega más rápida, escoja:**

**2º día laboral (\$17)**

La entrega rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.

**El próximo día laboral (\$23)**

**Tiempo de procesamiento luego de recibir el formulario:**

- Reposiciones: 1-2 días
- Recetas nuevas/renovadas: Dentro de 5 días a menos que se necesite información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)

