carelon Rx

RESET FORM PRINT FORM

Formulario para Ordenar El Servicio por Correo

Envíe este formulario a:

CarelonRx Mail
PO BOX 659541
SAN ANTONIO, TX 78265-9541

N.º de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba)

Nombre del patrocinador del plan de recetas o nombre de la compañía

Por favor, doble aquí

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. Número de recetas **nuevas**:

Reposiciones: Ordene por internet, por teléfono, o escriba los números abajo. Número de **reposiciones**:

PARA RECIBIR SU PEDIDO MÁS PRONTO ordene los resurtidos o nuevas recetas en línea o por teléfono en el sitio web/número de teléfono de 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

Sufijo (JR, SR)

Dirección

N.º de apto.

Use dirección de envío solamente para este pedido.

Ciudad

Estado

Código postal

N.º telefónico/Día: - -

N.º telefónico/Noche: - -

Por favor, doble aquí

B Reposiciones: Para ordenar sus reposiciones, 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 lo escriba para la cantidad máxima permitida por su plan, por lo general un suministro de 90 días. Asegúrese de que su médico firme y feche todas las recetas nuevas. Queremos suministrarle 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, más los nombres de los medicamentos, en la sección de “Instrucciones Especiales” de este formulario. Servicios proporcionados por CarelonRx.

Por favor, doble aquí

* WEB *

Podemos enviar todas estas recetas en el mismo paquete a menos que se indique de otra manera.

C **Cuéntenos sobre las personas que piden recetas.** Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

Primera persona con una reposición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en español

Apellido

Primer nombre

I

Sufijo (JR, SR)

Apodo

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail:

Fecha en que la receta fué escrita:

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º telefónico del médico

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

Alergias: Ninguna Aspirina Cefalosporina Codeína Eritromicina Cacahuates Penicilina Sulfonamidas/Sulfa Otra:

Afecciónes 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

Primer nombre

I

Sufijo (JR, SR)

Apodo

Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail:

Fecha en que la receta fué escrita:

Apellido del médico

Primer nombre del médico

N.º telefónico 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/Sulfa Otra:

Afecciónes 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 de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llamar a Servicio al Cliente.)

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

Use su tarjeta en registrada.

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

Vence: MMAA

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

Cheque o giro postal. Cantidad: $.

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CarelonRx.
- Escriba su N°. de miembro en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es devuelto, le cargaremos hasta $40.

Pago para saldo adeudado y pedidos futuros:
Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también utilizaremos ese método para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

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

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)

El próximo día laboral ($23)

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

Tiempo de trámite 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)

Por favor, doble aquí

* WEB *