



Opciones de pedido de entrega a domicilio

Pídale a su médico que le haga su receta para un suministro de hasta 90 días o la máxima cantidad de días permitido por su plan con renovaciones hasta por un año, si corresponden.

ePrescribe: Si desea el servicio más rápido, pídale a su médico que envíe sus recetas de manera electrónica a Express Scripts PharmacySM. **Aplicación en línea/móvil:** Inicie sesión en express-scripts.com o en la aplicación móvil de Express Scripts, elija la medicina que desea recibir, añádala a su carro y consume su transacción.

Fax: Pídale a su médico que llame al 888.327.9791 para escuchar instrucciones para faxear. (Solo se aceptan faxes de consultorios médicos.) **Tel:** Llame a Express Scripts al número gratuito que figura al reverso de su tarjeta de identificación para que le ayuden a cambiarse a Entrega a domicilio. **Correo:** Complete el formulario de pedido y envíelo a Express Scripts junto con las recetas médicas y el pago

Use **SOLO MAYÚSCULAS** y tinta negra o azul.

Rellene los óvalos como se muestra. (●)

1 Información del miembro	
Número de ID de miembro	Grupo #
Apellido del miembro	Nombre del miembro
<input type="checkbox"/> Favor de enviarme avisos por correo electrónico sobre el estatus de este pedido	Dirección de correo electrónico
Para cuidar a nuestro planeta, visite express-scripts.com y actualice sus preferencias de comunicación bajo Cuenta	

2 Dirección de envío		
<input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Temporal	Si es una dirección temporal, indique fechas de vigencia De ___/___/___ Hasta ___/___/___	
Línea 1 de dirección de envío (se prefiere calle y número a un apartado postal)	Apto #	
Línea 2 de dirección de envío		
Ciudad	Estado C.P.	
Número de teléfono primario <input type="radio"/> M <input type="radio"/> H <input type="radio"/> W <input type="radio"/>	Numero de teléfono secundario <input type="radio"/> M <input type="radio"/> H <input type="radio"/> W <input type="radio"/>	
Método de envío (El envío rápido no acelerará el procesamiento de su receta)		
<input checked="" type="radio"/> Estándar	Gratis	Llega 5 a 10 días después de despachar el pedido
<input type="radio"/> Dos días	\$12.00	Llega 2 días hábiles después de despachar el pedido
<input type="radio"/> Un día	\$21.00	Llega 1 día hábil después de despachar el pedido

3 Información sobre el paciente	
Incluya solo recetas para pacientes cubiertos por la identificación de miembro anterior	
Paciente #1	
Apellido del paciente	Nombre del paciente
Fecha de nacimientos del paciente	Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Nombre del médico	Tel. del médico
Paciente #2	
Apellido del paciente	Nombre del paciente
Fecha de nacimientos del paciente	Sexo <input type="radio"/> Hombre <input type="radio"/> Mujer
Nombre del médico	Tel. del médico

4	Método de pago	No envíe efectivo
----------	-----------------------	--------------------------

Usted nos autoriza para conservar en su expediente los datos de la tarjeta de pago que utilizó para hacer esta compra y para cargar a su cuenta de tarjeta de pago todas las recetas que usted pida. En caso de que también opte por inscribirse en el programa de pago automático, además acepta que podemos cargar a su método de pago registrado las recetas que pidan sus familiares cubiertos, incluyendo recetas previamente ordenadas que todavía no se pagan.

- Le notificaremos de cualquier cambio a esta autorización por correo electrónico o correo, según corresponda. Esta autorización para conservar su tarjeta en su expediente, y, si corresponde, la inscripción en pagos automáticos, permanecerá vigente hasta que usted cancele la autorización accediendo a su cuenta o llamando al número 1-800 que figura al reverso de su tarjeta de recetas. El monto de la transacción se determina por la estructura de beneficios de su plan en el momento en que se despacha la receta.
- La ley estatal prohíbe la devolución de medicamentos con receta para su reventa o reutilización. No podemos aceptar la devolución de medicamentos con receta que hayan sido despachados apropiadamente, para obtener un crédito o reembolso.
- Consulte nuestra póliza de privacidad respecto a nuestro uso y divulgación de información que permite identificar a una persona.

Firma X _____

Tarjeta de crédito: Aceptamos VISA, MC, Discover, AMEX, Diners	Cheque o cuenta de cheques
---	-----------------------------------

<p>Pago automático continuo con tarjeta de crédito Autorizo pagar por este pedido y todo pedido futuro con la siguiente tarjeta de crédito.</p> <p>Solo este pedido. Simplemente ingrese la información de su tarjeta de crédito a continuación.</p> <p>Número de tarjeta de crédito _____</p> <p>Fecha de exp. _____</p>	<p>Pago automático continuo con cuenta de cheques Autorizo pagar por este pedido y toda orden futura con la información de la siguiente cuenta de cheques, o bien incluir un cheque anulado.</p> <p>Solo este pedido. Adjunte un cheque pagadero a Express Scripts.</p> <p>Escriba el número de factura en el cheque. _____</p> <p>Nombre del titular de la cuenta de cheques _____</p> <p>Número de cuenta de cheques _____</p> <p>Número de enrutamiento (primeros 9 dígitos en la esquina inferior izquierda de un cheque personal) _____</p>
--	---

Revise el saldo de su cuenta y pague todo saldo pendiente en cualquier momento en express-scripts.com. Para cambiar el límite de la cantidad que podemos cargar a su tarjeta sin tener que llamarle:

- Vaya a express-scripts.com
- Seleccione Métodos de pago bajo Cuenta y edite la información.
- Cambie el límite autorizado para su pago

Puede configurar todas sus preferencias para su cuenta en express-scripts.com, o bien llame a Servicios para miembros el número sin cargo que figura en su tarjeta de identificación.

5	Historial de salud
----------	---------------------------

Para actualizar sus alergias o afecciones médicas: Visítenos en express-scripts.com/healthform o llame al **877.438.4417**. Esta información nos ayuda a protegerle contra posibles interacciones medicamentosas dañinas y alergias

6	Recordatorios importantes y otra información
----------	---

Si es beneficiario de la Parte B de Medicare Y tiene un seguro de salud privado, revise los materiales de sus beneficios de medicamentos con receta para determinar la mejor manera de obtener medicamentos y suministros de la Parte B de Medicare. O bien, llame a Servicios para miembros al número de teléfono sin cargo que figura 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.

Para obtener información adicional o ayuda, visítenos en express-scripts.com, o bien llame a Servicios para miembros al número sin cargo que figura en su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1.800.759.1089.

Pueden despacharle su pedido en cualquiera de nuestras farmacias Express Scripts ubicadas en todo el país

7	Sustitución genérica
----------	-----------------------------

La ley estatal permite a un farmacéuta sustituir un medicamento de marca por un medicamento genérico equivalente menos costoso a menos que usted o su médico se opongan a ello. Tome en cuenta que esto se aplica solo a nuevas recetas y a toda renovación futura de esa receta. También advierta que podría pagar más por un medicamento de marca.

No deseo recibir un medicamento más económico o uno genérico.

Si la receta se presenta de manera electrónica, consulte a su médico.

Meta su(s) receta(s), el/los formulario(s) de pedido y su pago en un sobre.
 No use grapas ni clips sujetapapeles.
 No pegue notas adhesivas al formulario.

EXPRESS SCRIPTS
PO BOX 66567
ST LOUIS, MO 63166-6567