

NEW PRESCRIPTION MAIL-IN ORDER FORM Formulario de Pedido por Correo para Nuevas Recetas

1 Member and physician information — please use black or blue ink. One form per member. Información sobre el miembro y el médico — use tinta negra o azul. Un formulario por miembro.

Member ID Number / Número de Identificación del Miembro:		(Additional coverage, if applicable) Secondary Member ID Number / (Cobertura adicional, si corresponde) N.º de Identificación del Miembro Secundario:	
Last Name / Apellido		First Name / Nombre	MI / Inicial 2.do Nombre
Delivery Address / Dirección de Entrega			Apt. # / N.º de Apto.
City / Ciudad	State / Estado	ZIP / Código Postal	Phone Number with Area Code / Número de Teléfono con Código de Área
Date of Birth (mm/dd/yyyy) / Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Gender / Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Email / Correo Electrónico	
Physician Name / Nombre del Médico		Physician Phone Number with Area Code / Número de Teléfono del Médico con Código de Área	

2 Health history/ Historial médico

Medication Allergies / Alergias a Medicamentos: <input type="radio"/> None known / Ninguna conocida <input type="radio"/> Amoxil/Ampicillin/Amoxicilina/Ampicilina <input type="radio"/> Aspirin/ Aspirina <input type="radio"/> Cephalosporin/ Cefalosporinas <input type="radio"/> Codeine/ Codeína <input type="radio"/> Others/ Otros: _____	<input type="radio"/> Erythromycin/ Eritromicina <input type="radio"/> NSAIDs/ NSAID <input type="radio"/> Penicillin/ Penicilina <input type="radio"/> Quinolones/ Quinolonas <input type="radio"/> Sulfa/ Sulfamidas <input type="radio"/> Tetracyclines/ Tetraciclinas
Health Conditions / Condiciones de Salud: <input type="radio"/> None known / Ninguna conocida <input type="radio"/> Arthritis/ Artritis <input type="radio"/> Asthma/ Asma <input type="radio"/> Cancer/ Cáncer <input type="radio"/> Diabetes/ Diabetes <input type="radio"/> Others/ Otros: _____	<input type="radio"/> Glaucoma/ Glaucoma <input type="radio"/> Heart condition/ Condición cardíaca <input type="radio"/> High blood pressure/ Presión arterial alta <input type="radio"/> High cholesterol/ Colesterol alto <input type="radio"/> Osteoporosis/ Osteoporosis <input type="radio"/> Thyroid Disease/ Enfermedad de la glándula tiroide
Over-the-counter/herbal medications taken regularly / Medicamentos a base de hierbas/de venta sin receta que toma regularmente:	

3 Pharmacy processing / Procesamiento de la farmacia

Generic substitution. FDA-approved generic equivalents will be dispensed for brand-name drugs whenever possible, unless you or your physician indicate otherwise. Brand-name medications may be subject to a higher cost. / **Sustitución genérica.** Siempre que sea posible, se despacharán equivalentes genéricos aprobados por la FDA en lugar de los medicamentos de marca, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. Es posible que los medicamentos de marca tengan un costo más alto. **If you require brand-name medications, please list those medications here / Si usted necesita medicamentos de marca, enumere tales medicamentos a continuación:**

Keep on file. If you are including any prescriptions that you want to keep on file for shipment at a later date, please list them here / **Guardar en archivo.** Si incluye recetas que usted desea que se guarden en archivo para su envío en una fecha posterior, enumere las recetas a continuación:

Notes to pharmacy / Notas para la farmacia:

4

Payment and shipping information — do not send cash
Información de env o y pago — no env e dinero en efectivo

Standard delivery is included at no charge. New prescriptions should arrive within about 10 business days from the date the completed order is received. Completed refill orders should arrive within about 7 business days. OptumRx will contact you if there will be an extended delay in delivering your medications. / El envío estándar está incluido sin cargo. Las nuevas recetas deberían llegarle dentro de los 10 días hábiles aproximadamente a partir de la fecha de recepción del formulario de pedido llenado. Los pedidos de resurtidos deberían llegarle dentro de los 7 días hábiles aproximadamente. OptumRx se comunicará con usted si hay una demora prolongada en la entrega de sus medicamentos.

You may log on to **www.optumrx.com** to see if drug pricing information is available before enclosing payment. Once shipped, medications may not be returned for a refund or adjustment. / Puede iniciar sesión en **www.optumrx.com** para ver si hay información sobre el precio de los medicamentos antes de adjuntar el pago. Una vez que los medicamentos se envían, no se aceptan devoluciones para obtener un reembolso o ajuste.

- Ship overnight.** Add \$12.50 to order amount (subject to change).
Servicio de mensajería con entrega en 24 horas. Agregue \$12.50 al monto del pedido (sujeto a cambio).
- Check enclosed.** All checks must be signed and made payable to: OptumRx.
Cheque adjunto. Todos los cheques deben estar firmados y ser pagaderos a la orden de: OptumRx.
- Charge to my credit card on file.** / *Cargo a la tarjeta de crédito que figura en archivo.*
- Charge to my NEW credit card.** / *Cargo a mi NUEVA tarjeta de crédito.*

New Credit Card Number / Número de Nueva Tarjeta de Crédito

Expiration Date (Month/Year) /
Fecha de Vencimiento (Mes/Año)

-----/-----

Visa, MasterCard, AMEX and Discover are accepted. / Se aceptan tarjetas Visa, MasterCard, AMEX y Discover.

Signature / Firma: _____ **Date / Fecha:** _____

For new prescription orders and maintenance refills, this credit card will be billed for copay/coinsurance and other such expenses related to prescription orders. By supplying my credit card number, **I authorize OptumRx to maintain my credit card on file as payment method for any future charges.** To modify payment selection, contact customer service at any time. / En el caso de pedidos de nuevas recetas y resurtidos de mantenimiento, se facturará a esta tarjeta de crédito el copago/coaseguro y otros gastos relacionados con los pedidos de recetas. Al proporcionar mi número de tarjeta de crédito, **autorizo a OptumRx a que conserve la información de mi tarjeta de crédito en sus registros como método de pago para cualquier cargo futuro.** Para modificar la selección de pago, comuníquese con el servicio al cliente en cualquier momento.

5

Mail this completed order form with your new prescription(s) to /
Llene y env e este formulario de pedido junto con sus nuevas recetas a:

OptumRx, P.O. Box 2975, Mission, KS 66201

DO NOT STAPLE OR TAPE PRESCRIPTIONS TO THE ORDER FORM. /
NO ENGRAPE NI PEGUE CON CINTA RECETAS EN ESTE FORMULARIO DE PEDIDO.

