

**FORMULARIO DE PEDIDO  
DE ENTREGA A DOMICILIO**Express Scripts®  
Pharmacy**Opciones de pedido de entrega a domicilio**

Pídale a su médico que le haga una receta para obtener un suministro de 90 días o de la cantidad máxima que permita su plan con resurtidos para un período de hasta un año, si corresponde.

**Receta electrónica:** Para que el servicio sea más rápido, pídale a su médico que envíe las recetas electrónicamente al Envío a Domicilio de Express Scripts.

**Por Internet/Aplicación Móvil:** Inicie sesión en [express-scripts.com/rx](https://express-scripts.com/rx) o en la aplicación móvil Express Scripts®, elija el medicamento que desee entregado, agréguelo a su carrito y luego realice el pago.

**Fax:** Solicite a su médico que llame al **1.888.327.9791** para que reciba las instrucciones para mandar fax. (Solo se aceptan faxes de consultorios médicos).

**Teléfono:** Llame al número gratuito de Express Scripts que figura al dorso de su tarjeta de identificación para recibir asistencia sobre cómo cambiar al modo de entrega a domicilio.

**Correo:** Complete el formulario de pedido y envíelo a Express Scripts® Pharmacy junto con las recetas y el pago.

Utilice **MAYÚSCULAS SOSTENIDAS** con tinta negra o azul.

Rellene los óvalos tal como se indica. (●)

<b>1 Información del miembro</b>	
N.º de identificación del miembro	N.º de grupo
Apellido del miembro	Nombre del miembro
<input type="checkbox"/> Enviar avisos por correo electrónico sobre el estado del pedido.	Dirección de correo electrónico
Para elegir la <b>MANERA ECOLÓGICA</b> , vaya a <a href="https://express-scripts.com/rx">express-scripts.com/rx</a> y actualice sus preferencias de comunicación en <b>Communication Preferences (Preferencias de Comunicación)</b> dentro de <b>Account (Cuenta)</b> .	

<b>2 Dirección de envío</b>			
<input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Temporal	Si se trata de una dirección temporal, especifique las fechas de vigencia. Desde el ___/___/___ Hasta el ___/___/___		
Línea 1 de dirección de envío (se prefiere el domicilio antes que el apartado de correos)	N.º de departamento		
Línea 2 de dirección de envío			
Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono principal	Elija una opción M O H O T O	Número de teléfono secundario	Elija una opción M O H O T O
<b>Método de envío</b> (Los envíos acelerados <b>no</b> agilizarán el procesamiento de las recetas)			
<input type="radio"/> Estándar	Gratuito	Llega entre 5 y 10 días después del envío del pedido.	
<input type="radio"/> Dos días	\$ 12.00	Llega 2 días hábiles después del envío del pedido.	
<input type="radio"/> Un día	\$ 21.00	Llega 1 día hábil después del envío del pedido.	

<b>3 Información del paciente</b> - Incluya solamente las recetas para los pacientes cubiertos según la identificación de miembro mencionada anteriormente.	
<b>Paciente N.º 1</b>	
Apellido del paciente	Nombre del paciente
Fecha de nacimiento del paciente	Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Nombre del médico	Teléfono del médico
<b>Paciente N.º 2</b>	
Apellido del paciente	Nombre del paciente
Fecha de nacimiento del paciente	Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Nombre del médico	Teléfono del médico

#### 4 Método de pago

No envíe dinero en efectivo

Usted nos autoriza a guardar en nuestro archivo los detalles de la tarjeta de pago que utilizó para realizar esta compra y cobrarle a su cuenta de la tarjeta de pago cualquier pedido de medicamentos recetados que solicite. Si además elige inscribirse en el programa de pago automático, también nos autoriza a que, mediante el método de pago inscrito, cobremos los pedidos de medicamentos recetados que realiza cualquier miembro del grupo familiar cubierto, incluidos los pedidos de medicamentos recetados previos que no se pagaron.

- Le informaremos cualquier cambio que se realice en esta autorización mediante correo postal o electrónico, según corresponda. La Autorización Registrada de esta Tarjeta y, si corresponde, su inscripción al programa de pago automático continuará vigente hasta que cancele su autorización iniciando sesión en su cuenta o llamando al número gratuito que figura al dorso de su tarjeta de identificación. El monto de la transacción se determina en función de la estructura de beneficios de su plan al momento en el que se envían sus medicamentos.
- La ley estatal prohíbe la devolución de los medicamentos recetados para la reventa o reutilización. No podemos aceptar la devolución de los medicamentos recetados entregados correctamente a cambio de un crédito o un reembolso.
- Consulte nuestra política de privacidad de información con respecto al uso y la divulgación de la información de identificación personal.

Firma X \_\_\_\_\_

**Tarjeta de crédito:** Aceptamos VISA, MC, Discover, AMEX, Diners.

**Cheque o cuenta de cheques**

**Pago continuo y automático mediante tarjeta de crédito**

Autorizo el pago de este pedido y de todos los pedidos futuros con la tarjeta de crédito que figura a continuación.

**Solo de este pedido.** Simplemente ingrese la información de su tarjeta de crédito a continuación.

Número de la tarjeta de crédito

Fecha de vencimiento

**Pago continuo y automático mediante cuenta corriente**

Autorizo el pago de este pedido y de todos los pedidos futuros con la información de la cuenta corriente que figura a continuación o incluyo un cheque invalidado.

**Solo de este pedido.** Adjunte un cheque pagadero a Express Scripts Pharmacy. Escriba el número de factura en el cheque.

Nombre del titular de la cuenta de cheques

Número de la cuenta corriente

Número de ruta (los primeros 9 dígitos que figuran en la esquina inferior izquierda del cheque personal)

**Revise el saldo de su cuenta y pague los saldos que adeude en cualquier momento en [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx). Para cambiar el límite del monto que podemos cobrar de su tarjeta sin llamarlo:**

- Vaya a [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx).
- Seleccione Payment Methods (Métodos de Pago) en Account (Cuenta) y luego Edit Information (Editar Información).
- Cambie el límite de pago autorizado.

Puede administrar todas las preferencias de cuenta en [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx) o llamar a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta.

#### 5 Historial de salud

Para actualizar sus alergias o afecciones: Visítenos en [express-scripts.com/healthform](http://express-scripts.com/healthform) o llame al **1.877.438.4417**. Esta información nos ayuda a protegerlo de posibles interacciones nocivas con medicamentos o alergias.

#### 6 Recordatorios importantes e información adicional

**Si es beneficiario de la Parte B de Medicare Y cuenta con un seguro de salud privado**, revise el material de sus beneficios de medicamentos recetados para determinar la mejor manera de obtener los medicamentos y suministros de la Parte B de Medicare. O bien, llame a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Para comprobar la cobertura de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, llame a Medicare al 1.800.633.4227.

**Para obtener ayuda o información adicional**, visítenos en [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx) o llame a Servicios para Miembros al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1.800.759.1089.

Puede obtener su pedido de cualquiera de nuestras farmacias Express Scripts® en todo el país.

#### 7 Sustitución de Medicamentos Genéricos

**Las leyes estatales permiten a los farmacéuticos usar un medicamento genérico equivalente más económico** como sustituto de un medicamento de marca, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. Tenga en cuenta que esto aplica a los medicamentos recetados nuevos y a cualquier resurtido futuro de dicho medicamento. También tenga presente que es posible que deba pagar más por los medicamentos de marca.

- No deseo recibir un medicamento genérico o de una marca más económica.  
Si la receta se envía electrónicamente, consulte a su médico.