



DOBLAR AQUÍ

DOBLAR AQUÍ

1 Información del afiliado Favor de verificar o proporcionar la información del afiliado a continuación.

No. de identificación de afiliado: _____

Grupo: **CARERX01** _____

Fecha de nacimiento: Sexo: M F

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono de contacto durante el día:

Enviar avisos por correo electrónico sobre el estado de la(s) receta(s) adjunta(s) y los pedidos por Internet a: _____@_____.

Nueva dirección postal: _____

(Medco mantendrá esta dirección archivada para todos los pedidos de esta membresía hasta que cualquier persona incluida en la membresía proporcione otra dirección postal).

Teléfono de contacto durante la noche:

2 Información del afiliado/médico Si tiene más de una receta del mismo médico, llene solamente una sección pero incluya todas las recetas en el sobre proporcionado. Si tiene recetas de más de un médico, llene una sección por cada médico e incluya todas las recetas.

Apellido del médico Inicial del nombre No. telefónico del médico

Apellido del médico Inicial del nombre No. telefónico del médico

Apellido del médico Inicial del nombre No. telefónico del médico

Apellido del médico Inicial del nombre No. telefónico del médico

3 Finalice su pedido Puede pagar con cheque electrónico (e-check), cheque, giro postal o tarjeta de crédito. Extienda los cheques a favor de **Medco Health Solutions, Inc.**, y escriba su número de identificación de afiliado en la parte delantera. Se puede inscribir para realizar pagos con cheque electrónico (e-check) en **www.medco.com**, o llame al número telefónico del Servicio de Atención al Cliente que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado. Por favor, acuérdesse de no enviarnos sus recetas hasta la fecha en la que entra en vigor su inscripción.

Número de recetas enviadas con este pedido:

Opciones de pago: Cheque electrónico (e-check) Pago adjunto Tarjeta de crédito Enviar factura

Para pagos con tarjeta de crédito:
 Visa MC Discover AmEx Diners

Fecha de vencimiento X
M M A A Firma del titular de la tarjeta _____

Número de tarjeta de crédito

Autorizo a Medco a cargar a esta tarjeta el importe de todos los pedidos de cualquier persona incluida en esta membresía.

Enviar este pedido con urgencia (\$15, sujeto a cambios). **Nota:** La receta **no** se procesará con mayor rapidez. (Se requiere un domicilio; no se permiten apartados de correos)

Recordatorios importantes y otra información

Verifique que su médico haya recetado una cantidad de medicamento suficiente para el número máximo de días permitido por su plan, más resurtidos para hasta 1 año, si es apropiado (en lugar de un suministro convencional de 30 días, más resurtidos).

Llene la sección Información del afiliado/médico.

Asegúrese de haber llenado el Cuestionario sobre la Salud, las Alergias y los Medicamentos.

Saldos impagos

Si su plan limita el saldo que puede tener en su cuenta y usted excede ese límite con este pedido, debe incluir su pago.

Sustitución con genéricos

Las leyes de Texas, Florida y Ohio permiten la sustitución de ciertos medicamentos de marca con medicamentos genéricos equivalentes, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario de manera específica. Pregúntele a su médico o farmacéutico si los medicamentos genéricos seguros, eficaces y menos costosos son adecuados para usted. O bien, llame a Medco al número que se indica en su tarjeta de identificación de afiliado y pida hablar con un farmacéutico. Hay farmacéuticos disponibles las 24 horas del día, 7 días a la semana, preparados para responder sus preguntas sobre su receta.

Las leyes de Pensilvania y Texas permiten que los farmacéuticos sustituyan los medicamentos de marca con medicamentos genéricos equivalentes de menor costo, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. **Marque la casilla si no desea recibir un medicamento de marca menos costoso o un medicamento genérico.** Tenga en cuenta que esto se aplica únicamente a las recetas nuevas y a los resurtidos de dichas recetas.

Si necesita información o asistencia adicional, visite nuestro sitio Web www.medco.com, o llame al Servicio de Atención al Cliente de Medco, al **1-866-544-2986**, las 24 horas del día, 7 días a la semana (excepto durante Acción de Gracias y Navidad). Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **1-800-716-3231**.

Enviar en el sobre con franqueo pagado adjunto o enviar en otro sobre a la dirección que se indica.

No utilizar grapas ni sujetapapeles.

NS0CPA0A

MEDCO HEALTH SOLUTIONS OF FORT WORTH, L.L.C.
PO BOX 650322
DALLAS TX 75265-9946



DOBLAR AQUÍ

DOBLAR AQUÍ