IngenioRx Formulario para la Entrega a Domicilio

Envíe este formulario a:

IngenioRx Home Delivery
PO BOX 659541
SAN ANTONIO, TX 78265-9541

No. 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**, 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 las reposiciones 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, escribe aquí los cambios.

Apellido | Primer nombre | Inicial | Sufijo (JR, SR)

Dirección | No. de apto. | ○ **Use dirección de envío solamente para este pedido.**

Ciudad | Estado | Código postal

No. telefónico/Día: - - No. telefónico/Noche: - -

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 firma y fecha todas las recetas nuevas. Queremos proveerle 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 IngenioRx, Inc. En TX, servicios proporcionados por Ingenio, Inc.

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

* WEB *

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

Sexo: ◯ M ◯ F | 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

Sexo: ◯ M ◯ F | 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.

Número de tarjeta de crédito | Vence: MMAA

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

◯ **Cheque o giro postal.** Cantidad: $.

- Haga su cheque/giro postal a nombre de IngenioRx Home Delivery.
- Escribe su No. de miembro en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta $40.

El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros:
Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos 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 *