

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 Cobertura adicional, si corresponde) Secondary Member ID Number 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 ☐ M ☐ 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: ☐ None known Ninguna conocida ☐ Amoxil/Ampicillin Amoxicilina/Ampicilina ☐ Aspirin Aspirina ☐ Cephalosporins Cefalosporinas ☐ Codeine Codeína ☐ Others Otros: _____		☐ Erythromycin Eritromicina ☐ NSAIDs NSAID ☐ Penicillin Penicilina ☐ Quinolones Quinolonas ☐ Sulfa Sulfamidas ☐ Tetracyclines Tetraciclinas
Health Conditions Condiciones de Salud: ☐ None known Ninguna conocida ☐ Arthritis Artritis ☐ Asthma Asma ☐ Cancer Cáncer ☐ Diabetes Diabetes ☐ Others Otros: _____		☐ Glaucoma Glaucoma ☐ Heart condition Condición cardíaca ☐ High blood pressure Presión arterial alta ☐ High cholesterol Colesterol alto ☐ Osteoporosis Osteoporosis ☐ 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: _____		

T

You may log on to the member website 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 el sitio de Internet para miembros 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.*

- New Credit Card Number | Número de Nueva Tarjeta de Crédito

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.*

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.

