



Opciones para pedido de envío a domicilio

Solicite a su médico que emita una receta para un suministro de hasta 90 días o la cantidad máxima de días permitidos por su plan, con reposiciones de hasta un año, si corresponde.

Receta electrónica: para obtener el servicio más rápido, solicite al médico que presente recetas electrónicas a Express Scripts PharmacySM. **Aplicación en línea/móvil:** Inicie sesión en express-scripts.com o en la aplicación móvil Express Scripts, elija el medicamento que desea recibir y añádale al carrito, y luego finalice la compra.

Envíe un fax a: Solicite al médico que llame al 888.327.9791 para obtener instrucciones para el envío del fax. (Solo se aceptan faxes de consultorios médicos). **Teléfono:** llame a Express Scripts al número gratuito que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación, para obtener asistencia con el cambio de envío a domicilio. **Por correo postal:** complete el formulario de pedido y envíelo a Express Scripts, junto con las recetas y el pago

Escriba **EN MAYÚSCULAS** con tinta negra o azul. Complete los círculos como se indica. (●)

1 Información del miembro	
Número de identificación del miembro	N.º de grupo
Apellido del miembro	Nombre del miembro
<input type="radio"/> Enviar avisos por correo electrónico para informar sobre el estado del pedido.	Dirección de correo electrónico
Para la opción ecológica (GO GREEN), ingrese en express-scripts.com para actualizar sus Preferencias de comunicación en la sección Cuenta.	

2 Dirección de envío			
<input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Temporal		Si es una dirección temporal, ingrese las fechas de vigencia. Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___	
Dirección de envío línea 1 (se prefieren las direcciones físicas antes que los apartados de correos).			Depto. n.º
Dirección de envío línea 2			
Ciudad		Estado	Código postal
Teléfono principal ()	Encierre con un círculo una opción. Móvil Particular Trabajo	Número de teléfono secundario ()	Encierre con un círculo una opción. Móvil Particular Trabajo
Método de envío (El envío rápido no agilizará el procesamiento de la receta).			
<input type="radio"/> Estándar	Gratuito	Llega en 5 a 10 días una vez enviado el pedido.	
<input type="radio"/> Dos días	\$12.00	Llega en 2 días hábiles una vez enviado el pedido.	
<input type="radio"/> Un día	\$21.00	Llega en 1 día hábil una vez enviado el pedido.	

3 Información sobre el paciente Incluya únicamente las recetas para los pacientes cubiertos con la identificación de miembro indicada en la sección anterior.	
Paciente n.º 1	
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 ()
Paciente n.º 2	
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 efectivo.
<p>¿Le interesa un método de pago simple, automático y periódico? Debe FIRMAR aquí para registrarse. La información de pago que proporcione se usará para todos los pedidos de receta realizados por los familiares cubiertos, incluidas las recetas solicitadas anteriormente que aún no se hayan surtido. Toda la información de identificación personal obtenida en este sitio está protegida y segura. La información de pago que nos proporcione se mantendrá segura en nuestros archivos para su conveniencia.</p> <p style="text-align: center;">Firma X _____</p>		
Tarjeta de crédito: aceptamos VISA, MasterCard, Discover, AMEX, Diners.		Cheque o cuenta corriente
<input type="radio"/> Pago automático y periódico con tarjeta de crédito Autorizo el pago de este pedido y de todos los pedidos futuros con la tarjeta de crédito que se indica a continuación.		<input type="radio"/> Pago automático y periódico con cuenta corriente Autorizo el pago de este pedido y de todos los pedidos futuros con la información de cuenta corriente que se indica a continuación o incluya un cheque cancelado.
<input type="radio"/> Únicamente para este pedido. Simplemente complete la información de su tarjeta de crédito a continuación.		<input type="radio"/> Únicamente para este pedido. Adjunte un cheque pagadero a Express Scripts. Escriba el número de factura en el cheque.
Número de tarjeta de crédito _____		Nombre del titular de la cuenta corriente _____
Fecha de vencimiento _____		Número de cuenta corriente / número identificación bancaria _____ / _____

Revise el saldo de su cuenta y pague los montos pendientes en cualquier momento en express-scripts.com. Para modificar el límite del monto que puede pagar con su tarjeta sin que tengamos que llamarlo:

- Ingrese en express-scripts.com.
- En Account (Cuenta), seleccione Payment Methods (Métodos de pago) y luego Edit Information (Modificar información).
- Cambie el límite de autorización de pago.

Puede administrar todas las preferencias de la cuenta en express-scripts.com o llamar a Servicios al miembro al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación.

5	Antecedentes de salud
Para actualizar sus alergias o afecciones de salud: Ingrese en express-scripts.com/healthform o llame al 877.438.4417. Esta información nos ayuda a protegerlo contra interacciones farmacológicas potencialmente nocivas y contra alergias.	

6	Recordatorios importantes y otra información
<p>Si usted es beneficiario de la parte B de Medicare Y tiene seguro médico privado, consulte su material de beneficios de fármacos recetados para determinar la mejor manera de obtener fármacos y suministros de la parte B de Medicare. O bien, llame a Servicios al miembro al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación. Para verificar la cobertura de recetas de la parte B de Medicare, llame a Medicare al 1.800.633.4227.</p> <p>Política de devolución de medicamentos: la legislación estatal prohíbe la devolución de medicamentos recetados para su reventa o reutilización. Express Scripts no puede aceptar la devolución de los medicamentos recetados suministrados correctamente a cambio de un crédito o reembolso.</p> <p>Para obtener información adicional o asistencia, visítenos en express-scripts.com o llame a Servicios al miembro al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1.800.759.1089.</p> <p>Su pedido puede surtirse en cualquiera de nuestras farmacias Express Scripts en todo el país.</p>	

7	Sustitución por genéricos
<p>La legislación estatal permite a los farmacéuticos sustituir un medicamento de marca por un equivalente genérico de menor valor, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. Tenga en cuenta que esto se aplica a las recetas nuevas y a cualquier reposición futura de esa receta. También tenga en cuenta que posiblemente deba pagar más por un fármaco de marca.</p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> No deseo recibir una marca menos costosa o un medicamento genérico.</p> <p style="text-align: center;">Si la receta se envía electrónicamente, consulte a su médico.</p>	

Coloque su (s) receta (s), formulario (s) de pedido y su pago en un sobre. No utilice grapas ni clips. No coloque notas de post it para formar.

EXPRESS SCRIPTS
PO BOX 66566
ST LOUIS, MO 63166-6566