

FORMULARIO DE PEDIDO  
DE ENVÍO A DOMICILIO

Express Scripts®  
Pharmacy



**Opciones de Pedido de Envío a Domicilio**

Pídale a su médico que le haga una receta para un suministro de hasta 90 días o del máximo de días permitidos por su plan con resurtidos de hasta un año, si corresponde.

**Recetas Electrónicas:** Para un servicio más rápido, pídale a su médico que envíe las recetas de forma electrónica al Envío a Domicilio de Express Scripts.

**Por Internet/Aplicación Móvil:** Inicie sesión en [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx) o la aplicación móvil Express Scripts®, elija el medicamento que desea recibir, agréguelo a su carrito y luego finalice la compra.

**Fax:** Su médico debe llamar al **888.327.9791** para recibir instrucciones para enviar por fax. (Solo se aceptan envíos por fax si provienen del consultorio del médico).

**Teléfono:** Llame a Express Scripts al **833.750.0201** para obtener ayuda para cambiar al envío a domicilio. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**.

**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. Complete los círculos como se indica. (●)

<b>1 Información del Miembro</b>			
Número de Identificación del Miembro		N.º de Grupo	
Apellido del Miembro		Nombre del Miembro	
¿Desea recibir actualizaciones sobre su pedido? Regístrese en nuestro sitio web. <a href="http://express-scripts.com">express-scripts.com</a>		Dirección de correo electrónico	
<b>Para la opción ecológica (GO GREEN) visite <a href="http://express-scripts.com/green">express-scripts.com/green</a> para actualizar sus Preferencias de Comunicación en Account (Cuenta)</b>			
<b>2 Dirección de Envío</b>			
<input type="radio"/> Permanente <input type="radio"/> Temporal		Si es una dirección temporal, inserte las fechas de vigencia Del ___/___/___ al ___/___/___	
Línea 1 de la Dirección de Envío (se prefiere el domicilio en lugar de un apartado postal)			N.º de Apartamento
Línea 2 de la Dirección de Envío			
Ciudad		Estado	Código postal
Número de Teléfono Principal		Número de Teléfono Secundario	
Elija uno M ● ○ ○ T ○		Elija uno M ○ C ○ T ○ ○	
<b>Método de Envío</b> (El envío acelerado <b>no</b> acelerará el procesamiento de recetas)			
<input type="radio"/> Costo Estándar	Gratis	Llega entre 5 y 10 días después de que se envía el pedido	
<input type="radio"/> Envío en Dos Días	\$12.00	Llega 2 días hábiles después de que se envía el pedido	
<input type="radio"/> Envío en Un Día	\$21.00	Llega 1 día hábil después de que se envía el pedido	
<b>3 Información del Paciente.</b> Incluya solo recetas para pacientes con cobertura en virtud de la identificación de miembro mencionada anteriormente			
Paciente #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 #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 dinero en efectivo**

Nos autoriza a conservar 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 haya solicitado. Si también elige inscribirse en el programa de pago automático, también acepta que podamos cobrar con su método de pago registrado los pedidos de medicamentos recetados realizados por miembros del hogar con cobertura, incluidos los medicamentos recetados solicitados previamente que no han sido pagados.

- Le avisaremos sobre cualquier cambio en esta autorización por correo electrónico o postal, según corresponda. Esta Autorización de Tarjeta Registrada y, si corresponde, la inscripción al pago automático, permanecerán vigentes hasta que cancele la autorización iniciando sesión en su cuenta o llamando **833.750.0201**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**. El monto de la transacción está determinado por la estructura de beneficios de su plan en el momento en que se envían los medicamentos recetados.
- La ley estatal prohíbe la devolución de medicamentos recetados para su reventa o reutilización. No podemos aceptar la devolución de medicamentos recetados dispensados correctamente para recibir crédito o un reembolso.
- Consulte nuestra política de privacidad para obtener información sobre nuestro uso y divulgación de información de identificación personal.

Firma **X**
**Tarjeta de Crédito:** Aceptamos VISA, MC, Discover, AMEX, Diners

**Cheque o Cuenta Corriente**

- Pago automático y continuo mediante una tarjeta de crédito** Autorizo pagar este pedido y todos los pedidos futuros con la tarjeta de crédito que figura a continuación.
- Solo para este pedido.** Solo debe completar la información de su tarjeta de crédito a continuación.
- Número de Tarjeta de Crédito**
- \_\_\_\_\_
- Fecha de Vencimiento**
- \_\_\_\_\_

- Pago automático y continuo mediante una cuenta corriente.** Autorizo pagar este pedido y todos los pedidos futuros con la información de la cuenta corriente que figura a continuación o incluir un cheque anulado.
- Solo para este pedido.** Adjunte un cheque a nombre de Express Scripts® Pharmacy. Escriba el número de factura en el cheque.
- Nombre del titular de la cuenta corriente**
- \_\_\_\_\_
- Número de la Cuenta Corriente**
- \_\_\_\_\_
- Número de Ruta (primeros 9 dígitos en la esquina inferior izquierda del cheque personal)**
- \_\_\_\_\_

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

- Diríjase a [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx)
- Ingrese a su cuenta
- En Account (Cuenta), seleccione Payment Methods (Métodos de Pago); en el método, seleccione Edit (Editar)
- Cambie el límite de autorización de pago y seleccione Save (Guardar)

Puede administrar todas las preferencias de la cuenta en [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx) o llamar **833.750.0201**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**.

**5 Historial de Salud**

Para actualizar sus alergias y afecciones: Visítenos en [express-scripts.com/frontend/consumer/health-profile](http://express-scripts.com/frontend/consumer/health-profile) o llame al **1.877.438.4417**. Esta información ayuda a protegerse de interacciones medicamentosas y alergias potencialmente perjudiciales.

**6 Recordatorios importantes e información adicional**

Si es beneficiario de la Parte B de Medicare Y tiene un seguro de salud privado, consulte los materiales de beneficios de medicamentos recetados para determinar la mejor manera de obtener sus medicamentos y suministros de la Parte B de Medicare. O bien, llame **833.750.0201**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**. Para verificar la cobertura de medicamentos recetados de la Parte B de Medicare, llame a Medicare al **800.633.4227**.

Para obtener información adicional o ayuda, visítenos en [express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx) o llame **833.750.0201**. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al **711**.

Su pedido puede surtirse en cualquiera de nuestras farmacias Express Scripts® ubicadas en todo el país.

**7 Sustitución de Medicamentos Genéricos**

La legislación estatal permite que el farmacéutico sustituya por un medicamento genérico equivalente menos costoso el medicamento de marca, a menos que su médico o usted indiquen lo contrario. Tenga en cuenta que esto se aplica a las nuevas recetas y a cualquier resurtido futuro de esas recetas. También tenga en cuenta que tal vez deba pagar más por los medicamentos de marca.

No deseo recibir un medicamento de marca o genérico menos costoso. Si la receta se envía electrónicamente, hable con su médico.

Coloque su(s) receta(s), formulario(s) de pedido y su pago en un sobre.  
No use grapas o clips.  
No pegue notas adhesivas en el formulario.


[express-scripts.com/rx](http://express-scripts.com/rx)

**EXPRESS SCRIPTS  
PHARMACY PO BOX 66577  
ST LOUIS, MO 63166-6577**