Optum

New home delivery prescription order form
Formulario de pedido de envío a domicilio 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) Secondary member ID number */(Cobertura adicional, si corresponde) N.° de identificación del miembro secundario*	
Last name/*Apellido*		First name/*Nombre*	MI/*Inicial del 2.° nombre*
Delivery address/*Dirección de entrega*			Apt. *#/N.° de Apt.*
City/*Ciudad*	State/*Estado*	Zip code/ *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)*		Email address/*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/*Antecedentes de salud*

Medication allergies / Alergias a medicamentos:

- ☐ None known/*Se desconoce*
- ☐ Amoxil/Ampicillin/*Amoxicilina/Ampicilina*
- ☐ Aspirin/*Aspirina*
- ☐ Cephalosporins/*Cefalosporinas*
- ☐ Codeine/*Codeína*
- ☐ Others/*Otras*: _____
- ☐ Erythromycin/*Eritromicina*
- ☐ NSAIDs/*Antiinflamatorios No Esteroideos*
- ☐ Penicillin/*Penicilina*
- ☐ Quinolones/*Quinolonas*
- ☐ Sulfa/*Sulfamidas*
- ☐ Tetracyclines/*Tetraciclinas*

Health conditions / Condiciones de salud:

- ☐ None known/*Se desconoce*
- ☐ Arthritis/*Artritis*
- ☐ Asthma/*Asma*
- ☐ Cancer/*Cáncer*
- ☐ Diabetes/*Diabetes*
- ☐ Others/*Otras*: _____
- ☐ Glaucoma/*Glaucoma*
- ☐ Heart condition/*Condición cardíaca*
- ☐ High blood pressure/*Presión arterial alta*
- ☐ High cholesterol/*Colesterol alto*
- ☐ Osteoporosis/*Osteoporosis*
- ☐ Thyroid disease/*Enfermedad tiroidea*

continued on other side/continúa del otro lado

Over-the-counter medications, vitamins and herbal supplements taken regularly:/*Vitaminas, suplementos a base de hierbas y medicamentos de venta sin receta que usted toma habitualmente:*

3. Pharmacy processing/*Procesamiento de la farmacia*

Generic substitution. FDA-approved generic equivalents will be dispensed for brand-name drugs whenever possible, unless you or your physician indicate otherwise. Brand-name medications may be subject to a higher cost./*Sustitución genérica. Siempre que sea posible, se surtirán equivalentes genéricos aprobados por la FDA en lugar de los medicamentos de marca, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. Es posible que los medicamentos de marca tengan un costo más alto. If you require brand-name medications, please list those medications here/Si usted necesita medicamentos de marca, enumere tales medicamentos a continuación*:

Keep on file. If you are including any prescriptions that you want to keep on file for shipment at a later date, please list them here/*Guardar en archivo. Si incluye recetas que usted desea que se guarden en archivo para su envío en una fecha posterior, enumere las recetas a continuación*:

Notes to pharmacy/*Notas para la farmacia:*

4. Payment and shipping information — do not send cash/*Información de envío y pago — no envíe dinero en efectivo*

Standard delivery is included at no charge. Prescriptions should arrive within 5 business days after the pharmacy receives the complete order. The pharmacy will contact you if there will be an extended delay in delivering your medications./*El envío estándar está incluido sin cargo. Los medicamentos de venta con receta deberían llegar dentro de los 5 días hábiles después de que la farmacia reciba el pedido completo. La farmacia se comunicará con usted en caso de haber una demora prolongada en la entrega de sus medicamentos.*

Visit the website listed on your member ID card to check drug pricing before sending payment. Once shipped, medications may not be returned for a refund or adjustment./Visite el sitio de Internet que se encuentra en su tarjeta de identificación de membresía para verificar el precio de los medicamentos antes de enviar el pago. Una vez enviados, los medicamentos no se pueden devolver para obtener un reembolso o ajuste.

☐ **Expedite shipping**. Add $20.00 to order amount (subject to change)/***Envío rápido.*** *Agregue $20.00 al importe del pedido (sujeto a cambios).*

☐ **Check enclosed**. All checks must be signed and made payable to: Optum Rx/***Cheque adjunto****. Todos los cheques deben estar firmados y ser pagaderos a la orden de: Optum Rx.*

☐ **Charge to my credit card on file**./***Cargo a la tarjeta de crédito que figura en archivo****.*

☐ **Charge to my NEW credit card**./***Cargo a mi NUEVA tarjeta de crédito****.*

New credit card number/*Número de nueva tarjeta de crédito*

Expiration Date (Month/Year) / *Fecha de Vencimiento (Mes/Año)*

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 Optum Rx 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 Optum Rx 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.*

5. Mail this completed order form with your new prescription(s) to/*Llene y envíe este formulario de pedido junto con sus nuevas recetas a:*

Optum Rx, 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.*