

Formulario de recetas nuevas y reabastecimiento de recetas

SERVICIOS PARA MIEMBROS:

800-759-3203

ENVÍE POR CORREO POSTAL O POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO:

Serve You DirectRxSM Pharmacy
P.O. Box 26096
Milwaukee, WI 53226
FAX 866-494-0364

Recetas nuevas: Complete la página 1 y la sección "Información del paciente" en la página 2. Envíe el formulario por correo postal junto con las recetas por escrito originales del profesional que extiende la receta y el pago completo.

Reabastecimiento de recetas: Complete la página 1 y la sección "Reabastecimiento" en la página 2. Envíe el formulario por correo postal o por fax junto con el pago completo.

Para obtener otros formularios, visite serve-you-rx.com.

Complete en letra de imprenta.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA Establecer una cuenta* (ver la NOTA)

Nombre del empleador/plan de salud: _____

Núm. de id. de miembro: _____ Núm. de grupo: _____ Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido: _____

Dirección permanente: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de entrega: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

(Si es diferente de la dirección permanente) Solo para este pedido

Núm. de teléfono principal: (_____) _____ - _____ Móvil Laboral Particular

Núm. de teléfono alternativo: (_____) _____ - _____ Móvil Laboral Particular

Dirección de correo electrónico: _____

Si proporciona su dirección de correo electrónico y número de teléfono, nos autoriza a comunicarnos con usted para informarle sobre su cuenta o nuestros servicios. La dirección de correo electrónico se usará para enviar la información del seguimiento del pedido y la confirmación del envío.

MÉTODO DE PAGO

Cheque o giro bancario: (Pagadero a: Serve You Rx) **Cantidad total adjuntada: \$** _____

Para autorizar el pago con tarjeta de crédito, proporcione la siguiente información:

Usar la tarjeta de crédito registrada: Últimos cuatro dígitos de la tarjeta registrada: _____

Tarjeta de crédito: MasterCard VISA American Express Discover

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: _____ Código postal de facturación: _____

Núm. de la tarjeta de crédito: _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de vencimiento (mes/año): ____/____/____

Firma del titular de la tarjeta: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____

Autorizo a Serve You Rx a mantener en los registros mi tarjeta de crédito como método de pago para cualquier cargo futuro. Entiendo que todos los pedidos de recetas solicitados por mí o las recetas nuevas proporcionadas a Serve You Rx por mi médico se procesarán y enviarán de manera automática usando esta tarjeta para el pago.

Certificación y autorización: Certifico que la información en este formulario es correcta y también entiendo que los beneficios están sujetos a mi elegibilidad para el plan médico y mi participación en este. Certifico que yo o mis dependientes para los que se adjuntan las recetas no tenemos cobertura principal de medicamentos recetados en virtud de ningún otro plan médico.

NOTA: *Todas las comunicaciones, incluidas las recetas enviadas por correo postal, se dirigirán al titular de la tarjeta. Si un dependiente con cobertura desea recibir comunicaciones directas, debe incluir una solicitud por escrito con cualquier pedido de receta.*

*Para cada cuenta, todas las recetas pedidas se envían en paquetes separados.

Firma: _____ Fecha de hoy (mes/día/año): ____/____/____

Recetas nuevas

Complete en letra de imprenta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 1: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 2: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 3: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 4: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 5: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 6: Yo mismo Cónyuge Dependiente Sexo: Masculino Femenino

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Dirección de correo electrónico: _____

Reabastecimiento de recetas:

Complete en letra de imprenta.

Los pedidos de reabastecimiento pueden enviarse por fax al **866-494-0364** o por correo postal a la dirección que aparece en la página 1.

**Nombre del paciente
(apellido, primer nombre,
inicial del segundo nombre)**

**Fecha de
nacimiento**

Número de receta

Nombre del medicamento

_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____
_____	____/____/____	_____	_____

Para pedir rápido un reabastecimiento por Internet, visite serve-you-rx.com y haga clic en EzRefillRX, o bien llame al **800-759-3203**.