

Formulario de transferencia de recetas

Si actualmente usa un servicio por correo o una farmacia local para abastecer sus recetas, es fácil transferirlas a la farmacia de servicio por correo DirectRxSM de Serve You con este formulario. Se hará un pedido para todas las recetas marcadas como "Abastecer" en la página 2. Si tiene preguntas, puede comunicarse con Servicios para Miembros al **800-759-3203**.

ENVÍE POR CORREO POSTAL O POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO:

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

INSTRUCCIONES: Complete la página 1 y la sección "Información para transferencia de recetas" en la página 2. Envíe ambas páginas de este formulario de transferencia completo por correo postal o por fax, junto con el pago si corresponde.

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

Dirección de correo electrónico: _____

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): ____/____/____

Información para transferencia de recetas

Complete en letra de imprenta.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 1: Yo mismo Cónyuge Dependiente

Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido: _____

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

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 2: Yo mismo Cónyuge Dependiente

Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido: _____

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

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

INFORMACIÓN DEL PACIENTE 3: Yo mismo Cónyuge Dependiente

Sexo: Masculino Femenino

Primer nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido: _____

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

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _

Núm. de receta: _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Nombre del medicamento/concentración: _____

Nombre de la farmacia: _____

Núm. de teléfono de la farmacia: (____) ____ - ____ _