

Formulario de transferencia de recetas de WI ETF



Complete en letra de imprenta usando tinta azul o negra. **Un formulario por miembro.**

Si actualmente usa un servicio por correo o una farmacia local para abastecer sus recetas, es fácil transferirlas a la farmacia 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 Servicio al Cliente al **800-481-4940**.

ENVÍE POR CORREO POSTAL O POR FAX EL FORMULARIO COMPLETO A:

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" de 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.

INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA

Nombre del empleador/plan de salud: _____
Núm. de id. de miembro: _____ Núm. de grupo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Sexo: Masculino Femenino
Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
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: _____

PAGO Y ENVÍO

El tiempo de procesamiento estándar para los pedidos es de 2 a 3 días hábiles a partir de la fecha en que se recibe el pedido completo en la farmacia. A la hora de realizar su pedido, tenga en cuenta que la entrega puede demorarse. *DirectRx Pharmacy* se comunicará con usted si llegara a haber una demora en el procesamiento de su pedido. Una vez que se realiza el envío, los medicamentos no se podrán devolver para un reembolso o una modificación.

No envíe efectivo.

- Entrega al día siguiente** (Añada \$35 al monto del pedido)
- Cheque** (Pagadero a: Serve You DirectRx Pharmacy) Monto total incluido: \$ _____
- Cobrar a mi tarjeta de crédito registrada**
- Cobrar a una NUEVA tarjeta de crédito:** Mastercard VISA American Express Discover

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: _____
Dirección de facturación: _____ 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 DirectRx Pharmacy a conservar en los registros esta NUEVA tarjeta de crédito y usarla como pago para cargos futuros.

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE PARA TRANSFERENCIA DE RECETAS

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

Sexo: Masculino Femenino

Dirección de correo electrónico: _____

Núm. de receta: _____ Nombre y concentración del medicamento: _____

Nombre de la farmacia: _____ Núm. de teléfono de la farmacia: (_____) _____ - _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Núm. de receta: _____ Nombre y concentración del medicamento: _____

Nombre de la farmacia: _____ Núm. de teléfono de la farmacia: (_____) _____ - _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Núm. de receta: _____ Nombre y concentración del medicamento: _____

Nombre de la farmacia: _____ Núm. de teléfono de la farmacia: (_____) _____ - _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Núm. de receta: _____ Nombre y concentración del medicamento: _____

Nombre de la farmacia: _____ Núm. de teléfono de la farmacia: (_____) _____ - _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Núm. de receta: _____ Nombre y concentración del medicamento: _____

Nombre de la farmacia: _____ Núm. de teléfono de la farmacia: (_____) _____ - _____

Abastecer

No abastecer en este momento

Sustitución genérica. Se entregarán los equivalentes genéricos aprobados por la FDA (Food and Drug Administration, Administración de Alimentos y Medicamentos) en lugar de los medicamentos de marca siempre que sea posible, salvo que su médico indique lo contrario. **Los medicamentos de marca pueden estar sujetos a un costo más alto.**