

1 Información sobre el miembro y el médico Utilice tinta negra o azul. Un formulario por miembro.

Número de identificación del miembro			Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre
Dirección de entrega				N.º de depto.
Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono (en orden de preferencia) <small>(encierre en un círculo una respuesta)</small>	
Fecha de nacimiento / /	Correo electrónico		() M H T	
Nombre del médico		Número de teléfono del médico ()		
		() M H T		
		() M H T		
				Mejor horario para llamar: a.m p.m.

2 Antecedentes médicos

Alergias a los medicamentos:				Afecciones médicas:			
<input type="checkbox"/> Amoxil/Ampicilina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Ninguna conocida	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Ninguna conocida		
<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> AINE	<input type="checkbox"/> Sulfa	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Afección cardíaca	<input type="checkbox"/> Osteoporosis		
<input type="checkbox"/> Cefalosporina	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea		
<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Quinolonas	<input type="checkbox"/> Otras: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Otras: _____		

Enumere todos los medicamentos con receta, medicamentos de venta libre o medicamentos a base de plantas que toma con regularidad:
(utilice hojas adicionales, si es necesario)

3 Resurtidos Para pedir resurtidos de entrega a domicilio, escriba los números de receta:

1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____
5: _____ 6: _____ 7: _____ 8: _____

4 Procesamiento en farmacia

Sustituto genérico: Se dispensarán los equivalentes genéricos aprobados por la FDA en lugar de medicamentos de marca cuando sea posible, a menos que usted o su médico indiquen lo contrario. Los medicamentos de marca podrían estar sujetos a precios más altos. Los medicamentos genéricos equivalentes suelen ser menos costosos que los medicamentos de marca. Si dispensamos un medicamento de marca, usted podría enfrentar un copago mayor o la diferencia entre el precio del medicamento de marca y el genérico. Si el médico que lo recetó lo autoriza, dispensaremos un medicamento genérico equivalente a menos que usted marque esta casilla.
 No acepto equivalentes genéricos.

Para guardar en el expediente: Si usted incluye cualquier receta que desee guardar en el expediente para un envío posterior, colóquela aquí:

Notas a la farmacia:

5 Información de pago y envío No envíe dinero en efectivo.

La entrega normal se incluye sin cargo alguno. La mayoría de pedidos de medicamentos con receta llega en un plazo de 7 días a partir de la fecha en que se recibió su pedido. Nos comunicaremos con usted si hay alguna demora en la entrega de sus medicamentos. Si tiene alguna pregunta, llame al 800-424-8274 (TTY 711). Una vez enviados, los medicamentos no podrán devolverse para un reembolso o ajuste. Visite www.magellanrx.com/member/forms para descargar formularios de pedido adicionales.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Envío al día siguiente (se aplicarán cobros adicionales). Sin apartado de correos para envío al día siguiente. Llame para verificar el precio. | <input type="checkbox"/> Cheque adjunto. Todos los cheques deben estar firmados y hacerse a nombre de Magellan Rx Pharmacy. |
| <input type="checkbox"/> Aplicar el cargo a mi NUEVA tarjeta de crédito. | <input type="checkbox"/> Aplicar el cargo a la tarjeta de crédito que aparece en mi expediente. |

Autorizo a Magellan Rx a aplicar un cargo por el siguiente monto a mi tarjeta de crédito/débito sin previa notificación:
 ___ hasta \$150 ___ hasta \$250 ___ hasta \$ _____ (otro monto mayor a \$250)

Para nuevos pedidos de medicamentos con receta y resurtidos de mantenimiento, se aplicarán cargos a esta tarjeta de crédito por el copago/coseguro y otros gastos relacionados con pedidos de medicamentos. Al brindar mi número de tarjeta de crédito, yo autorizo a Magellan Rx Pharmacy a mantener mi tarjeta de crédito en el expediente como método de pago para cualquier gasto futuro. Para modificar el tipo de pago elegido, puede comunicarse con Servicio al cliente en cualquier momento.

Firma del titular de la tarjeta:	Fecha:
----------------------------------	--------

Número de tarjeta de crédito (se aceptan VISA®, MasterCard®, Discover® o American Express®) y fecha de vencimiento (mes/año)

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□ / □□□□

6 Complete el formulario de pedido

Envíe este formulario de pedido completado con sus nuevas recetas a Magellan Rx Pharmacy, P.O. Box 620968, Orlando, FL 32862. NO ENGRAPE NI COLOQUE CINTA ADHESIVA PARA ADJUNTAR LAS RECTAS MÉDICAS AL FORMULARIO DE PEDIDO.