

NEW PRESCRIPTION MAIL-IN ORDER FORM

Formulario de Pedido por Correo 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 Cobertura adicional, si corresponde) Secondary Member ID Number N.º de Identificación del Miembro Secundario		
Last Name Apellido	First Name Nombre	MI Inicial 2.do Nombre
Delivery Address Dirección de Entrega		Apt. # N.º de Apto.
City Ciudad	State Estado	ZIP 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)	Gender Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Email 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 | Historial médico

Medication Allergies Alergias a Medicamentos: <input type="radio"/> None known Ninguna conocida <input type="radio"/> Amoxicil/Ampicillin Amoxicilina/Ampicilina <input type="radio"/> Aspirin Aspirina <input type="radio"/> Cephalosporins Cefalosporinas <input type="radio"/> Codeine Codeína <input type="radio"/> Others Otros: _____	<input type="radio"/> Erythromycin Eritromicina <input type="radio"/> NSAIDs NSAID <input type="radio"/> Penicillin Penicilina <input type="radio"/> Quinolones Quinolonas <input type="radio"/> Sulfa Sulfamidas <input type="radio"/> Tetracyclines Tetraciclinas
Health Conditions Condiciones de Salud: <input type="radio"/> None known Ninguna conocida <input type="radio"/> Arthritis Artritis <input type="radio"/> Asthma Asma <input type="radio"/> Cancer Cáncer <input type="radio"/> Diabetes Diabetes <input type="radio"/> Others Otros: _____	<input type="radio"/> Glaucoma Glaucoma <input type="radio"/> Heart condition Condición cardíaca <input type="radio"/> High blood pressure Presión arterial alta <input type="radio"/> High cholesterol Colesterol alto <input type="radio"/> Osteoporosis Osteoporosis <input type="radio"/> Thyroid Disease Enfermedad de la glándula tiroide
Over-the-counter/herbal medications taken regularly Medicamentos a base de hierbas/de venta sin receta que toma regularmente:	

3 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. New prescriptions should arrive within about 10 business days from the date the completed order is received. Completed refill orders should arrive within about 7 business days. OptumRx will contact you if there will be an extended delay in delivering your medications. | *El envío estándar está incluido sin cargo. Las nuevas recetas deberían llegarle dentro de los 10 días hábiles aproximadamente a partir de la fecha de recepción del formulario de pedido llenado. Los pedidos de resurtidos deberían llegarle dentro de los 7 días hábiles aproximadamente. OptumRx se comunicará con usted si hay una demora prolongada en la entrega de sus medicamentos.*

You may log on to the member website to see if drug pricing information is available before enclosing payment. Once shipped, medications may not be returned for a refund or adjustment. | *Puede iniciar sesión en el sitio de Internet para miembros para ver si hay información sobre el precio de los medicamentos antes de adjuntar el pago. Una vez que los medicamentos se envían, no se aceptan devoluciones para obtener un reembolso o ajuste.*

- Ship overnight.** Add \$12.50 to order amount (subject to change).
Servicio de mensajería con entrega en 24 horas. Agregue \$12.50 al monto del pedido (sujeto a cambio).
- Check enclosed.** All checks must be signed and made payable to: OptumRx.
Cheque adjunto. Todos los cheques deben estar firmados y ser pagaderos a la orden de: OptumRx.
- 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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 OptumRx 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 OptumRx 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.*

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



3

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. New prescriptions should arrive within about 10 business days from the date the completed order is received. Completed refill orders should arrive within about 7 business days. OptumRx will contact you if there will be an extended delay in delivering your medications. | *El envío estándar está incluido sin cargo. Las nuevas recetas deberían llegarle dentro de los 10 días hábiles aproximadamente a partir de la fecha de recepción del formulario de pedido llenado. Los pedidos de resurtidos deberían llegarle dentro de los 7 días hábiles aproximadamente. OptumRx se comunicará con usted si hay una demora prolongada en la entrega de sus medicamentos.*

You may log on to the member website to see if drug pricing information is available before enclosing payment. Once shipped, medications may not be returned for a refund or adjustment. | *Puede iniciar sesión en el sitio de Internet para miembros para ver si hay información sobre el precio de los medicamentos antes de adjuntar el pago. Una vez que los medicamentos se envían, no se aceptan devoluciones para obtener un reembolso o ajuste.*

- **Ship overnight.** Add \$12.50 to order amount (subject to change).
Servicio de mensajería con entrega en 24 horas. Agregue \$12.50 al monto del pedido (sujeto a cambio).
- **Check enclosed.** All checks must be signed and made payable to: OptumRx.
Cheque adjunto. Todos los cheques deben estar firmados y ser pagaderos a la orden de: OptumRx.
- **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 OptumRx 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 OptumRx 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.*

4

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

OptumRx, 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.

