


	<p>Envíe este formulario a:</p> <p style="text-align: center;">  IngenioRx Home Delivery PO BOX 94467 PALATINE, IL 60094-4467 </p>
No. de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba)	

Nombre del patrocinador del plan de recetas o nombre de la compañía	

Instrucciones:

Use **tinta azul o negra**, letras **mayúsculas**. Llene **ambos lados** de este formulario.

Recetas nuevas: Envíe sus recetas con este formulario. Número de recetas **nuevas:**

Reposiciones: Ordene por Internet, por teléfono, o escriba los números abajo. Número de **reposiciones:**

PARA RECIBIR SU PEDIDO MÁS PRONTO ordene las reposiciones o nuevas recetas en línea o por teléfono en el sitio web/número de teléfono de su tarjeta de identificación de miembro.

A Dirección de envío. Para enviar a una dirección diferente de la indicada anteriormente, escribe aquí los cambios.

Apellido	Primer nombre	Inicial	Sufijo (JR, SR)
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Dirección	No. de apto.	Use dirección de envío solamente para este pedido.	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
No. telefónico/Día: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	No. telefónico/Noche: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		

B Reposiciones: Para ordenar sus reposiciones, escriba los números de las recetas abajo.

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

Inicie sesión para comprobar el estado del pedido y acceder a información personalizada sobre sus beneficios para medicamentos recetados. Cuando obtenga una nueva receta, asegúrese de pedirle a su médico que lo escriba para la cantidad máxima permitida por su plan, por lo general un suministro de 90 días. Asegúrese de que su médico firma y fecha todas las recetas nuevas. Queremos proveerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. Para lograrlo, sustituiremos medicamentos de marca por equivalentes genéricos cuando sea posible. Si no desea que sustituyamos su medicamento por uno genérico, denos instrucciones específicas, más los nombres de los medicamentos, en la sección de "Instrucciones Especiales" de este formulario.

Podemos enviar todas estas recetas en el mismo paquete a menos que se indique de otra manera.



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

* WEB *

* WEB *

