

NEW PRESCRIPTION MAIL-IN ORDER FORM Formulario de Pedido por Correo para Nuevas Recetas

Member ID Number <i>Número de Identificac</i>	ión del Miembro				
(Additional coverage, if applicable <i>Cobertu</i> Secondary Member ID Number <i>N.º de Iden</i>					
Last Name <i>Apellido</i>		First Name <i>Nombre</i>		MI <i>Inicial 2.do Nombre</i>	
1 6					
Delivery Address <i>Dirección de Entrega</i>		<u> </u>		Apt. # N.º de Apto.	
City Ciudad		State Estado	ZIP Código Postal		
Phone Number with Area Code <i>Número de</i>	 e Teléfono con Códi	igo de Área			
Date of Birth (mm/dd/yyyy) Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa)	Gender Sexo O M O F	Email Correo El	Email Correo Electrónico		
Physician Name <i>Nombre del Médico</i>					
Physician Phone Number with Area Code <i>N</i>	 lúmero de Teléfonc	o del Médico con Có	digo de Área	1	
Health history <i>Historial méd</i>	ico				
Medication Allergies Alergias a Medicamentos: O None known Ninguna conocida O Amoxil/Ampicillin Amoxicilina/Ampicilina O Aspirin Aspirina O Cephalosporins Cefalosporinas O Codeine Codeína O Others Otros:		O Erythromycin Eritromicina O NSAIDs NSAID O Penicillin Penicilina O Quinolones Quinolonas O Sulfa Sulfamidas O Tetracyclines Tetraciclinas			
Health Conditions Condiciones de Salud: O None known Ninguna conocida O Arthritis Artritis O Asthma Asma O Cancer Cáncer O Diabetes Diabetes O Others Otros:		O Heart condition O High blood pres O High cholestero O Osteoporosis 0	O Glaucoma Glaucoma O Heart condition Condición cardíaca O High blood pressure Presión arterial alta O High cholesterol Colesterol alto O Osteoporosis Osteoporosis O Thyroid Disease Enfermedad de la glándula tiroide		



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.

O 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 (śujeto a cambio).
O 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: O	ptumRx.
O 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 <i>Número de Nueva Tarjeta de Crédito</i>	Expiration Date (Month/Year) Fecha de Vencimiento (Mes/Año
	[]/[
Visa, MasterCard, AMEX and Discover are accepted. Se aceptan tarjetas Visa, MasterCard,	AMEX y Discover.

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.

Date | Fecha:



Signature | Firma:

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.

