

# Catamaran Home Delivery

## FORMULARIO DE PEDIDO

### POR CORREO



#### 1 Información sobre el miembro: verifique o brinde la información sobre el miembro que se solicita a continuación

##### Identificación del miembro:

Grupo:

Nombre:

Domicilio:

Domicilio:

Domicilio:

Ciudad, ESTADO, CÓDIGO POSTAL:

☐ Envieme por correo electrónico notificaciones sobre el estado de las recetas adjuntas y los pedidos en línea a:

@

☐ Nueva dirección de envío:

**Catamaran Home Delivery** conservará esta dirección en sus registros para enviar todos los pedidos de esta membresía hasta que cualquier persona de la misma proporcione otra dirección de envío.

Teléfono diurno:

Teléfono nocturno:

#### 2 Información sobre el paciente o médico: complete una sección por cada persona que posee una receta. Si una persona posee recetas de más de un médico, complete una nueva sección para cada médico (las secciones adicionales se encuentran en el reverso). Envíe todas las recetas en el sobre proporcionado.

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

Sexo

Parentesco del paciente con el miembro

☐ M ☐ F

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera inicial Número de teléfono del médico

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

Sexo

Parentesco del paciente con el miembro

☐ M ☐ F

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera inicial Número de teléfono del médico

#### 3 Complete su pedido: Puede inscribirse para realizar pagos con cheques electrónicos y cotizar medicamentos en [www.mymailpharmacy.com/catamaran](http://www.mymailpharmacy.com/catamaran), o llamando al **1 866 814-7105**.

Cantidad de recetas enviadas con este pedido:

Opciones de pago: ☐ Cheque electrónico ☐ Pago adjunto ☐ Tarjeta de crédito ☐ Enviar factura

##### Para pagos con tarjeta de crédito:

☐ Visa ☐ MC ☐ Discover ☐ Amex ☐ Diners

Fecha de vencimiento

X

M M A A

Firma del titular de la tarjeta

Número de tarjeta de crédito

☐ Autorizo a **Catamaran Home Delivery** a cargar a esta tarjeta todos los pedidos de cualquier persona de esta membresía.

☐ Acelerar este envío (\$21, costo sujeto a cambio). NOTA: Sólo se acelerará el envío, no el procesamiento de su pedido. La dirección es obligatoria; no se acepta una casilla de correo.

## Patient/doctor information continued

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

Sexo

Parentesco del paciente con el miembro

☐ M ☐ F

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera inicial Número de teléfono del médico

Nombre

Apellido

Fecha de nacimiento  
(MM/DD/AAAA)

Sexo

Parentesco del paciente con el miembro

☐ M ☐ F

☐ Titular ☐ Cónyuge ☐ Persona a su cargo

Apellido del médico

Primera inicial Número de teléfono del médico

## Recordatorios importantes y otra información

**Verifique** que su médico haya recetado el suministro para la cantidad máxima de días permitida por su plan (no un suministro de 30 días), más repeticiones por un plazo máximo de 1 año (si corresponde). También, consulte a su médico o farmacéutico sobre los medicamentos genéricos seguros, efectivos y menos costosos.

**Complete** el Cuestionario de salud, alergias y medicamentos.

**Puede existir un límite en el saldo** que puede tener en su cuenta. Si este pedido excede ese límite, deberá incluir el pago. Evite demoras en el procesamiento utilizando cheques electrónicos o una tarjeta de crédito. (Consulte la sección 3 para obtener más información).

**Si usted es un beneficiario de Medicare Parte B Y posee un seguro médico privado**, verifique su material sobre los beneficios de medicamentos con receta para determinar la mejor forma de obtener materiales y medicamentos de Medicare Parte B. O bien, llame a Servicio al Cliente al 1 866 814-7105. Para verificar la cobertura de recetas de Medicare Parte B, llame a Medicare al 1 800 MEDICARE (1 800 633-4227).

**Catamaran Home Delivery hará todos los esfuerzos posibles, en caso de ser pertinente por ley, para sustituir formulaciones genéricas de medicamentos, a menos que usted o su médico específicamente indiquen lo contrario.**

☐ Las leyes de Pennsylvania y Texas permiten a los farmacéuticos sustituir un medicamento genérico equivalente menos costoso por uno de marca salvo que usted o su médico indiquen lo contrario. **Marque la casilla si no desea un medicamento genérico o de marca menos costoso.**

Tenga en cuenta que esto se aplica sólo a nuevas recetas y a futuras repeticiones de dicha receta.

**Para obtener información adicional** o ayuda, visítenos en [www.mymailpharmacy.com/catamaran](http://www.mymailpharmacy.com/catamaran) o llame a Servicio al Cliente al 1 866 814-7105. Servicio al Cliente está disponible de lunes a viernes de 7:00 a.m. a 9:00 p.m., hora del Este, y de 8:00 a.m. a 6:30 p.m., hora del Este, el sábado y domingo. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1 866 830-3726.

**La ley federal prohíbe el regreso de sustancias controladas distribuidas.**

Program: <<XXXXXXXXXX>>



Coloque sus recetas, este formulario y su pago en el sobre proporcionado. Asegúrese de que la dirección de **Catamaran Home Delivery** se vea a través de la ventana del sobre. No use grapas ni clips.

CATAMARAN HOME DELIVERY  
PO BOX 99  
AVON LAKE, OH 44012-9903

