

1 Miembro: use tinta negra o azul. Un formulario por miembro. Inscribese por internet o descargue formularios adicionales en optumrx.com/myCatamaranRx.

Número de identificación y de grupo del miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Relación con el miembro <input type="radio"/> Miembro <input type="radio"/> Cónyuge <input type="radio"/> Dependiente
----------	---------------	----------------------------	--

Dirección de entrega*	Apto. n.º
-----------------------	-----------

Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono de preferencia ()
--------	--------	---------------	--

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Licencia de conducir o N.º de Seguro Social (SSN) (obligatorio para sustancias controladas)
----------------------------------	---	--

*Se requiere una dirección física (no casilla postal) para los medicamentos sensibles a la temperatura y para las sustancias controladas.

2 Antecedentes médicos

Alergias a medicamentos:	<input type="radio"/> Aspirina	<input type="radio"/> Eritromicina	<input type="radio"/> Quinolonas	<input type="radio"/> Otras: _____
<input type="radio"/> Ninguna conocida	<input type="radio"/> Cefalosporinas	<input type="radio"/> Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)	<input type="radio"/> Sulfa	_____
<input type="radio"/> Amoxil/ampicilina	<input type="radio"/> Codeína	<input type="radio"/> Penicilina	<input type="radio"/> Tetraciclinas	_____

Afecciones de salud:	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Colesterol alto	<input type="radio"/> Otras: _____
<input type="radio"/> Ninguna conocida	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Afección cardíaca	<input type="radio"/> Osteoporosis	_____
<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Presión arterial alta	<input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides	_____

Medicamentos recetados y de venta libre que toma con regularidad:
3 Procesamiento de farmacia
Sustitución genérica. Siempre que sea posible, se entregarán, para los fármacos de marca, equivalentes genéricos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Si usted necesita medicamentos de marca, su médico debe indicarlo en la receta.
4 Información sobre pagos y envíos: no enviar dinero en efectivo

 La entrega puede demorar entre 10 y 14 días. También dispone de opciones de envío rápido. Tenga en cuenta que esto reduce el tiempo de tránsito y NO afectará el tiempo de procesamiento de su receta. Si no recibe su pedido dentro de los 14 días, comuníquese con Servicios para miembros. **Revise su pedido cuidadosamente.** Una vez que envíe un pedido, no podrá cancelarlo ni devolverlo.

Métodos de envío:

- Normal (sin cargo)
- Aéreo al 2.º día (\$11.00)
- Aéreo al día siguiente (\$25.00)

Nuevo número de tarjeta de crédito

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Fecha de vencimiento (mes/año)

□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---

Se aceptan Visa, MasterCard, AMEX y Discover.

- Cheque adjunto.** Extienda los cheques a nombre de OptumRx Home Delivery.
- Cargar a mi tarjeta de crédito registrada.**
- Cargar a mi NUEVA tarjeta de crédito.**

 Guardar esta tarjeta en los registros como mi tarjeta de crédito de preferencia.

Firma: _____ Fecha: _____

Los pedidos que se reciben sin pago pueden generar demoras en el procesamiento de tiempos de entrega extendidos.

5 Envíe por correo este formulario de pedidos completo con su(s) nueva(s) receta(s) a: OptumRx Home Delivery, PO Box 166, Avon Lake, OH 44012-0166
