

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*
 M 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:*

- None known | *Ninguna conocida*
- Amoxil/Ampicillin | *Amoxicilina/Ampicilina*
- Aspirin | *Aspirina*
- Cephalosporins | *Cefalosporinas*
- Codeine | *Codeína*
- Others | *Otros:* _____

- Erythromycin | *Eritromicina*
- NSAIDs | *NSAID*
- Penicillin | *Penicilina*
- Quinolones | *Quinolonas*
- Sulfa | *Sulfamidas*
- Tetracyclines | *Tetraciclinas*

Health Conditions | *Condiciones de Salud:*

- None known | *Ninguna conocida*
- Arthritis | *Artritis*
- Asthma | *Asma*
- Cancer | *Cáncer*
- Diabetes | *Diabetes*
- Others | *Otros:* _____

- Glaucoma | *Glaucoma*
- Heart condition | *Condición cardíaca*
- High blood pressure | *Presión arterial alta*
- High cholesterol | *Colesterol alto*
- Osteoporosis | *Osteoporosis*
- 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. FutureScripts 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. FutureScripts 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 FutureScripts 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 FutureScripts 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:

FutureScripts, 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.



Language Assistance Services

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, cuenta con servicios de asistencia en idiomas disponibles de forma gratuita para usted. Llame al 1-800-275-2583 (TTY: 711).

Chinese: 注意: 如果您讲中文, 您可以得到免费的语言协助服务。致电 1-800-275-2583。

Korean: 안내사항: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-275-2583 번으로 전화하십시오.

Portuguese: ATENÇÃO: se você fala português, encontram-se disponíveis serviços gratuitos de assistência ao idioma. Ligue para 1-800-275-2583.

Gujarati: સૂચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. 1-800-275-2583 કોલ કરો.

Vietnamese: LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi sẽ cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí cho bạn. Hãy gọi 1-800-275-2583.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, то можете бесплатно воспользоваться услугами перевода. Тел.: 1-800-275-2583.

Polish: UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-275-2583.

Italian: ATTENZIONE: Se lei parla italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-275-2583.

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-275-2583.

French Creole: ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-275-2583.

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga serbisyo na tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-275-2583.

French: ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique-vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-275-2583.

Pennsylvania Dutch: BASS UFF: Wann du Pennsylvania Deitsch schwetzsch, kannscht du Hilf griege in dei eegni Schprooch unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf die Nummer 1-800-275-2583.

Hindi: ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। कॉल करें 1-800-275-2583।

German: ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlos sprachliche Unterstützung anfordern. Wählen Sie 1-800-275-2583.

Japanese: 備考: 母国語が日本語の方は、言語アシスタンスサービス (無料) をご利用いただけます。1-800-275-2583へお電話ください。

Persian (Farsi):

توجه: اگر فارسی صحبت می کنید، خدمات ترجمه به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره 1-800-275-2583 تماس بگیرید.

Navajo: Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh. Hódííłnih koji' 1-800-275-2583.

Urdu:

توجه درکار ہے: اگر آپ اردو زبان بولتے ہیں، تو آپ کے لئے مفت میں زبان معاون خدمات دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-800-275-2583.

Mon-Khmer, Cambodian: សូមមេត្តាចាប់អារម្មណ៍៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាមន-ខ្មែរ ឬភាសាខ្មែរ នោះ ជំនួយផ្នែកភាសានឹងមានផ្តល់ជូនដល់លោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ ទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-275-2583។

Discrimination is Against the Law

This Plan complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. This Plan does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

This Plan provides:

- Free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as: qualified sign language interpreters, and written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats).
- Free language services to people whose primary language is not English, such as: qualified interpreters and information written in other languages.

If you need these services, contact our Civil Rights Coordinator. If you believe that This Plan has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with our Civil Rights Coordinator. You can file a grievance in the following ways: In person or by mail: ATTN: Civil Rights Coordinator, 1901 Market Street, Philadelphia, PA 19103, By phone: 1-888-377-3933 (TTY: 711) By fax: 215-761-0245, By email: civilrightscordinator@1901market.com. If you need help filing a grievance, our Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> or by mail or phone at: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD). Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.