



# Servicio de Pedido por Correo Tradicional PERFIL DEL PACIENTE

Gracias por elegir el servicio de Pedido por Correo Tradicional que ofrece Costco Mail Order Pharmacy. Por favor llene, firme y devuelva este formulario solamente si es la primera vez que utiliza nuestra Mail Order Pharmacy. Si necesita más copias del formulario, puede hacer fotocopias o comunicarse con Costco Mail Order Pharmacy al 1-800-607-6861. Nuestra meta es que usted tenga su pedido en sus manos en un plazo de 14 días. Para evitar retrasos en el despacho del pedido, asegúrese de llenar todo el formulario, por delante y detrás, proveer la información de pago e incluir las recetas de su médico emitidas por el máximo de días de suministro permitidos (90 días para la mayoría de los medicamentos de mantenimiento).

## INFORMACIÓN DE ENVÍO Díganos dónde debemos enviar su pedido.

|                                                                                       |  |        |        |                                        |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--------|--------|----------------------------------------|---------------|
| APELLIDO                                                                              |  | NOMBRE |        | INICIAL                                |               |
| DIRECCIÓN DE ENVÍO (CON NÚM. DE APARTAMENTO SI PROCEDE)                               |  |        | CIUDAD | ESTADO                                 | CÓDIGO POSTAL |
| NÚMERO TELEFÓNICO (CON CÓDIGO DE ÁREA)                                                |  |        |        | NÚM. DE MEMBRESÍA DE COSTCO (OPCIONAL) |               |
| SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                               |  |        |        |                                        |               |
| ¿DESEA RECIBIR RECORDATORIOS DE REABASTECIMIENTO Y RENOVACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO? |  |        |        | DIRECCIÓN ELECTRÓNICA                  |               |

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

|                                 |                                                |                                                           |
|---------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| NÚM. DE ID. DEL MIEMBRO         | NÚM. DE RX BIN (EN SU TARJETA DE MEDICAMENTOS) | NÚM. DE GRUPO                                             |
| NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA |                                                | FECHA DE NACIMIENTO DEL TITULAR DE LA PÓLIZA (MM/DD/AAAA) |

## PERFIL DE SALUD Llene las casillas pertinentes por cada miembro de la familia que esté cubierto. Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte con la información adicional.

|                                   | TITULAR DE TARJETA                                    | CÓNYUGE                                               | DEPENDIENTE                                           | DEPENDIENTE                                           | DEPENDIENTE                                           |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| APELLIDO                          |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |
| NOMBRE                            |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |
| INICIAL                           |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |
| FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)  |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |
| DIRECCIÓN ELECTRÓNICA (OPCIONAL)* |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |                                                       |
| SEXO                              | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |

## Alergias a medicamentos Marque las casillas de las alergias de las que se tenga conocimiento.

|                          | TITULAR DE TARJETA       | CÓNYUGE                  | DEPENDIENTE              | DEPENDIENTE              | DEPENDIENTE              |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ninguna alergia conocida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eritromicina             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Penicilina               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codeína                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aspirina                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sulfa                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras                    | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    |

## Condiciones de salud Marque las casillas de las condiciones médicas de las que se tenga conocimiento.

|                            | TITULAR DE TARJETA       | CÓNYUGE                  | DEPENDIENTE              | DEPENDIENTE              | DEPENDIENTE              |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ninguna condición conocida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tiroides                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alta presión               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asma                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras                      | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    | _____                    |

Su receta se despachará con un equivalente genérico si está disponible.

Marque esta casilla si no desea equivalente genérico.  NO GENÉRICOS TAPAS FÁCILES DE ABRIR:  SÍ  NO

Nota: Al marcar esta casilla, entiendo que, dependiendo de los beneficios de mi plan, es posible que yo sea responsable de un copago por medicamentos de marca, que podría ser más alto, y de cualquier penalidad que pudiera aplicarse.

## OPCIONES DE PAGO – Elija una opción de pago abajo y provea la información solicitada:

Información para factura:  Marque aquí si es la misma que la dirección de envío.

DIRECCIÓN DE FACTURACIÓN (CON NÚM. DE APARTAMENTO SI PROCEDE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

**Tarjeta de crédito** – Usted autoriza a Costco Mail Order Pharmacy a cargar a su tarjeta de crédito cada pedido de farmacia. Las fechas y el monto de los cargos variarán con cada pedido.

Visa  MasterCard  Discover

NOMBRE COMO APARECE EN LA TARJETA NÚM. DE TARJETA FECHA DE EXPIRACIÓN (MM/AA)

## OPCIONES DE ENVÍO – Elija un método de envío. Procesar el pedido tomará de 1 a 4 días.

- Envío estándar** – (Tiempo promedio de proceso y entrega: 6 a 14 días) **GRATIS (USPS)**
- Envío en 3 días** – (Tiempo promedio de proceso y entrega: 3 a 6 días) **\$10.95 (UPS)\***
- Envío en 2 días** – (Tiempo promedio de proceso y entrega: 2 a 5 días) **\$13.95 (UPS)\***

\*UPS no entrega los fines de semana ni a apartados postales.

El cálculo del tiempo total de procesamiento y entrega comienza una vez que se reciba el pedido en la farmacia. Los precios de envío podrían ser cambiados por la empresa de transporte sin aviso y podrían variar según el peso y la zona.

## Antes de enviar este formulario por correo, verifique lo siguiente:

- Ha incluido sus recetas de medicamentos de mantenimiento para un suministro de 90 días.
- Ha provisto información válida de pago y envío.
- Su nombre, dirección, número telefónico y fecha de nacimiento se incluyen en todos los documentos, inclusive en sus recetas.
- Ha adjuntado, de ser necesario, una hoja aparte con más información adicional de los dependientes o instrucciones adicionales.

## INFORMACIÓN ADICIONAL:

Envíe solamente las recetas que deban despacharse de inmediato. No ponemos recetas “en espera”. Su pedido debería llegarle 14 días después de que recibamos este formulario y sus recetas en nuestras instalaciones.

Envíe por correo los formularios y recetas requeridas a:

Costco Mail Order Pharmacy, 260 Logistics Ave., Suite B, Jeffersonville, IN 47130-9839.

Si tiene preguntas o necesita ayuda, llame a Costco Mail Order Pharmacy al 1-800-607-6861.

## AUTORIZACIÓN

Al firmar a continuación, usted acepta que la información vertida en este formulario es correcta y autoriza a divulgar toda la información sobre su historial de salud, de recetas y de tratamiento a Costco Mail Order Pharmacy. Usted entiende que sus pedidos se surtirán y enviarán después de que recibamos su formulario de pedido completado, las recetas originales y el pago correspondiente.

FIRMA DEL TITULAR DE LA TARJETA

FECHA

PHA000133FM JS 0919

**For HMO Products:** All Commercial HMO products are underwritten by Memorial Hermann Commercial Health Plan, Inc.

**For PPO Products:** All Commercial PPO products are underwritten by Memorial Hermann Health Insurance Company.

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al <855.645.8448> (TTY 711).

C0110\_PHSMOENRForm\_C IA 11/9/2020