

Proporcionando Medicamentos a Bajo Precio

MÁS DE 800 MEDICAMENTOS
ESTÁN DISPONIBLES EN
NUESTRA FARMACIA DE
PEDIDO POR CORREO



¡Solo siga estos sencillos cuatro pasos!

PASO
1

Verifique si califica.

Es elegible para Rx Outreach siempre y cuando su ingreso económico anual sea de:

- \$36,180 ó menos para una sola persona
- \$61,260 ó menos para una familia de tres
- \$48,720 ó menos para una familia de dos
- \$73,800 ó menos para una familia de cuatro
- Añada \$12,540 por cada persona adicional

PASO
2

Compruebe si su medicina está en la lista de medicamentos de RX Outreach.

Puede adquirir muchos de sus medicamentos por \$20 para recetas de 180 días. La lista muestra los costos para todos los medicamentos disponibles. Estos costos incluyen cualquier dosis y cualquier concentración. ¡Aún, si usted requiere más de un tipo de medicamento al día, nuestros costos administrativos son los mismos!

PASO
3

Obtenga una receta de su doctor.

Las recetas se pueden dispensar/surtir hasta por un año. Pídale a su médico una receta válida para un suministro de más de 180 días con un suministro triple de 90 días. Pregúntele a su médico si puede enviar su receta a través del sistema de prescripción electrónica. Rx Outreach es parte de la red Surescripts bajo NCPDP ID 2635855

PASO
4

Envíe por correo la aplicación completa, incluyendo su receta médica y pago a:

Rx Outreach
P.O. Box 66536
St. Louis, MO 63166-6536

Para más información, visite www.rxoutreach.org
o llame al 1-888-RXO-1234 (796-1234), Lunes a
Viernes, de 7:00 a.m. a 5:30 p.m. hora Central.

Rx Outreach No es un Seguro Médico



APLICACIÓN RX OUTREACH

ACERCA DE SU MÉDICO

Nombre del médico: _____ Apellido del médico: _____

Nombre de la clínica o grupo de médicos (escriba N/A si no aplica): _____ Número de telefónico: (_____) _____

Información requerida SOLO si ordena una sustancia controlada: D.E.A. # _____ Licencia de Edo. #: _____

ACERCA DE USTED

Nombre: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ # de Seguro Social: (Si no tiene SSN # - escriba N/A) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (_____) _____ Hombre/Mujer: _____

Alergias a medicamentos y alimentos: _____

Lista de medicamentos y condiciones médicas: _____

Dirección postal si es diferente a la anterior (Dirección debe ser dentro de los Estados Unidos y actual):

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

INGRESO DOMÉSTICO

Información sobre ingreso: Ingreso Doméstico Anual: \$ _____ # de personas viviendo en casa, incluyendo usted: _____

INFORMACIÓN DE PAGO

Formas de Pago: Cheque u orden de pago a nombre de Rx Outreach. Favor de no enviar dinero en efectivo.

Tarjeta de crédito: Incluir # de tarjeta: _____ - _____ - _____ - _____ Fecha de Vencimiento: ____ / ____

Marque el tipo de tarjeta de crédito que está usando: Visa MasterCard Discover Crédito Débito

Autorizo a Rx Outreach a cargar el pago a esta tarjeta.

Nombre del tarjeta habiente: _____ Firma del tarjeta habiente: _____

(Firma requerida si usa tarjeta de crédito)

FIRMA

Usted debe firmar el formulario antes de que enviemos sus medicinas. Doy fe que la información otorgada en esta solicitud es correcta y actual. Esta autorización, o una copia de la misma, serán válidas por un período de 12 meses a partir de la fecha de su firma. Entiendo que Rx Outreach se reserva el derecho de solicitar comprobante de mis ingresos o rechazar mi solicitud al Programa de Asistencia del Paciente Rx Outreach basado en cualquier uso, abuso o distribución ilegal de cualquiera de los productos de este programa. No buscaré el reembolso de ningún pago que yo haga a Rx Outreach a través de mis seguros de salud, incluyendo Medicaid, Medicare y otros programas similares.

(Firma requerida) Fecha: ____ / ____ / ____

PREGUNTA OPCIONAL

¿Cómo se enteró de Rx Outreach?

- Médico Organización de servicio social Otro
 Clínica de salud Uno mismo/un familiar

Event Code

810

Para los pedidos de sustancias controladas, debe incluir una copia de su tarjeta de identificación con foto (por ejemplo: licencia de conducir u otra identificación con foto). Las sustancias controladas serán enviadas en paquetes separados, en caso de que está ordenando otros medicamentos al mismo tiempo. No podemos enviar sustancias controladas a la oficina del médico o apartados postales. (Las sustancias controladas son: Alprazolam, Androxy, Chlordiazepoxide, Clonazepam, Dexmethylphenidate, Dextroamphetamine-Amphetamine, Dextroamphetamine-Amphetamine ER, Dextroamphetamine sulfate ER, Diazepam, Diphenoxylate/Atropine, Donnatal, Eszopiclone, Lorazepam, Modafinil, Methlyphenidate, Methylphenidate CD, Methylphenidate LA, Oxandrolone, Temazepam, Testosterone, Tramadol, Zaleplon, Zolpidem, y Zolpidem ER).