

# 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](http://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).**