

Rev. 10.23. Visite la página web para la lista actualizada de medicamentos.

MEDICAMENTOS A BAJO PRECIO

Compre con confianza en la
farmacia sin fines de lucro
más grande de Estados Unidos

No hay pagos adicionales para una membresía.
Creemos en precios transparentes. ¡En Rx Outreach,
el precio que ve es el precio que realmente paga!



Es fácil participar:

Verifique si su medicamento está disponible a través de
Rx Outreach.

Le puede solicitar a su doctor que prescriba su receta
médica de forma electrónica.

Inscríbase en línea, por teléfono o envíe la solicitud
completa por correo.

Los precios de Rx Outreach pueden ser más bajos que el
de su copago.

Rx Outreach

3171 Riverport Tech Center Dr., Maryland Heights, MO 63043

Teléfono: 314-222-0472; Fax: 1-800-875-6591

Horas: Lu-Ju: 7am-7pm Tiempo Central

Vi: 7am-5:30pm Tiempo Central; Sa: 9am-2pm Tiempo Central

Los beneficios incluyen:

Membresía gratuita, ya sea asegurado o sin
seguro médico.

Entrega a domicilio gratis.

Consulta farmacéutica gratuita.

No necesita cupones ni tarjetas de descuento.

Precios transparentes y bajos.

Opciones de pago convenientes y automáticas.

Rx Outreach está acreditada por los siguientes:



Paso 1: Complete su Solicitud de Membresía

Nombre: _____ M: _____ Apellido: _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Correo Electrónico: _____ ☐ Opte para correo electrónico
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____
☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Celular ☐ De Casa ☐ Opte para mensajes de texto

CONDICIÓN(es) MÉDICA(s) Favor marque todas las que apliquen

☐ Enfermedad del Corazón ☐ Alzheimer ☐ Artritis ☐ Diabetes ☐ Cáncer ☐ Otra

Alergias médicas (si aplican): _____

Medicamento(s) que esté tomando en este momento: _____

Debe firmar este formulario antes de que podamos enviarle su(s) medicamento(s). Yo juro que la información en esta solicitud está completa y precisa. Esta autorización, o una copia, será válida por 12 meses a partir de la fecha de la firma. Entiendo que Rx Outreach se reserva el derecho de solicitarme la verificación de ingresos o rechazar mi solicitud para este programa en base al mal uso, abuso o distribución ilegal de cualquier producto. No buscaré reembolso de ninguna tarifa que yo pague a Rx Outreach de mi seguro de salud, incluyendo a Medicaid, Medicare u otros programas similares.

Firma Requerida: _____ Fecha: ____/____/____
(Si es el/la defensor(a) o guardián firme el nombre del paciente y complete la sección a continuación)

Código
de Evento
810

Defensor del paciente/contacto del guardián (si aplica) _____

Relación: _____ Teléfono: (____) _____



Escanee el código usando la cámara
de su celular o visite la página web:

RxOutreach.org/es

**PARA PODER PEDIR SUSTANCIAS CONTROLADAS, DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DE SU
TARJETA DE IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA, OTORGADA POR SU GOBIERNO.**

Para proteger su seguridad, las sustancias controladas y el envío acelerado, deben firmarse en el momento de la entrega.

Las sustancias controladas están identificadas por (CS) en Lista de Medicamentos.

Puede enviar la solicitud y la receta por correo o la puede enviar por fax al 1-800-875-6591.
(Las recetas enviadas por fax deben venir directamente de la oficina de su médico)

No se necesita receta médica para estos medicamentos. Indique todos los medicamentos que desea ordenar en este formulario. Las solicitudes de productos de venta libre se aplicarán al método de pago aprobado. Precios sujetos a cambio.

Nombre: _____ M: _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: (____) _____

Productos y medicamentos sin receta

Producto	Precio	Cantidad a ordenar
Allergies		
Spray Nasal Budesonide 32mcg Rhinocort® Allergy	\$22 por botella (min. 2 botellas)	
Cetirizine en tableta 10mg Zyrtec®	\$10 por botella de 100 tabletas (min. 2 botellas)	
Fexofenadine en tableta 60mg Allegra®	\$40 por botella de 100 tabletas	
Fexofenadine en tableta 180mg Allegra®	\$40 por botella de 100 tabletas	
Loratadine en tableta 10mg Claritin®	\$10 por botella de 100 tabletas (min. 2 botellas)	
Productos para la Diabetes		
Monitor de Glucosa (ProdigyAutocode®)	Un monitor gratis por año* (con orden de tiras de prueba)	
Solución de Control Bajo (Prodigy®) botella de 4mL	\$5 por botella (Vial)	
Tiras de Glucosa en la Sangre sin la Codificación (Prodigy®) caja de 50 tiras	\$15 por caja	
Lancetas de Sangre de Glucosa Giro Superior 28G (Prodigy®) caja de 100 lancetas	\$5 por caja (min. 2 cajas)	
Gotas para los ojos		
Solución de Ketotifen Oftálmico 0.025% botella de 5mL Zaditor®	\$9 por botella	
Medicamentos para el dolor		
Aspirina EC Coated en tableta 325mg	\$7 por botella de 100 tabletas	
Aspirin EC Coated en tableta 81mg	\$9 por botella de 120 tabletas	
Crema de Capsaicin 0.025% 60gm tube	\$12 por tubo	
Suplementos		
Docusate Sodium 250mg	\$9 por botella de 100 tabletas	
Ferrous Sulfate EC en tableta 325mg	\$6 por botella de 100 tabletas (min. 2 botellas)	
Magnesium Oxide en tableta 400mg	\$8 por botella de 120 tabletas	
Melatonina en tableta 5mg	\$7 por botella de 60 tabletas (min. 2 botellas)	
Niacin SA en cápsula 250mg	\$9 por botella de 100 cápsulas	
Vitamina B-6 en tableta 50mg	\$11 por botella de 100 tabletas	
Vitamina B-6 en tableta 100mg	\$7 por botella de 100 tabletas	
Vitamina D3 en cápsula 50,000IU	\$15 por botella de 12 cápsulas	
Vitamina D3 en tableta 400IU	\$11 por botella de 100 tabletas	

*restrictions apply

Rev. 10.23

RxOutreach.org/es

Afíliese a través de nuestro sitio web, o llame al 314-222-0472, o complete esta solicitud y envíela por correo

Rx Outreach

3171 Riverport Tech Center Dr., Maryland Heights, MO 63043

Teléfono: 314-222-0472; Fax: 1-800-875-6591

Horas: Lu-Ju: 7am-7pm Tiempo Central

Vi: 7am-5:30pm Tiempo Central; Sa: 9am-2pm Tiempo Central



Paso 2: Someta Su Receta Médica

Nombre y Apellido: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Teléfono: (____) _____

☐ **Opción A: Su doctor enviará la receta médica.**

Solicite a su doctor que envíe su receta médica a Rx Outreach:

- ❶ Electrónicamente
- ❷ Por teléfono: 314-222-0472
- ❸ Por fax: 1-800-875-6591

☐ **Opción B: Yo enviaré la Solicitud de Membresía de Rx Outreach y mi receta médica.**

Rx Outreach, 3171 Riverport Tech Center Dr.
Maryland Heights, MO 63043

☐ **Opción C: Rx Outreach solicita una transferencia de otra farmacia.**

Por favor liste los medicamentos que usted quiere que sean transferidos de otra farmacia.

Nombre de la Farmacia	(____) _____ Teléfono	(____) _____ Fax	
Nombre del Doctor	Nombre del Medicamento	Dosis	Cantidad Pedida

☐ **Opción D: Rx Outreach solicita la receta médica a su doctor.**

Por favor liste los medicamentos que usted quiere que se le pidan a su doctor.

Nombre del Doctor	(____) _____ Teléfono	(____) _____ Fax
Nombre del Medicamento	Dosis	Cantidad Pedida

Paso 3: Escoja su forma de pago

Pague con tarjeta de crédito, débito o FSA

Nombre en la Tarjeta _____

Número en la Tarjeta _____

Fecha de Expiración ____/____/____ (Mes/Año) CVV _____

Yo autorizo a Rx Outreach a hacer este cargo a mi tarjeta para el pago de mi **primera** orden por la cantidad de \$ _____

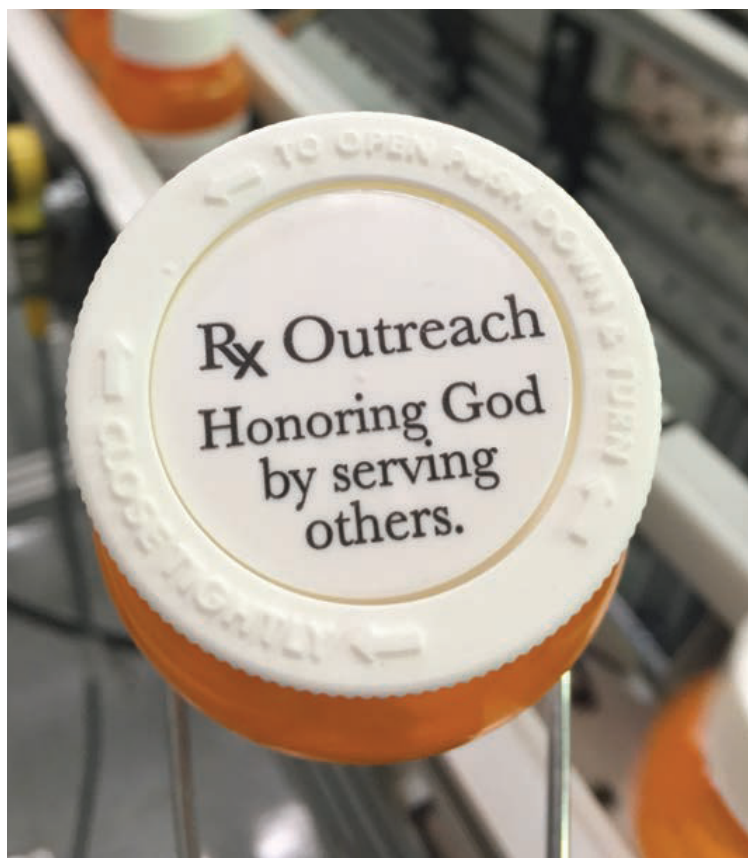


Pague con un cheque o un Money Order

☐ Haré un pago con un cheque o money order y lo enviaré a:

Rx Outreach
3171 Riverport Tech Center Dr.
Maryland Heights, MO 63043

PERMITA QUE LE AYUDEMOS A COMPRAR SUS MEDICAMENTOS



Rev. 10.23

Manténgase Seguro y Saludable con Rx Outreach

Estamos muy contentos de tenerlo(a) como un miembro(a) nuevo(a) de Rx Outreach, la farmacia sin fines de lucro. Esperamos que esté satisfecho(a) con nuestros precios razonables, lo fácil que es ordenarlos y la conveniencia de que sus medicamentos sean enviados gratuitamente a su hogar.

Esperamos con ansias la oportunidad de servirle!

Rx Outreach está acreditada por los siguientes:

