



Proporcionar Medicamentos Económicos para las Personas Necesitadas

Más de 400 concentraciones de las medicinas disponible por nuestra farmacia de pedido por correo

¡Siga los siguientes cuatro pasos ...

Paso
1

Vea si usted califica. Usted es elegible para Rx Outreach tan pronto como su ingreso económico familiar anual sea:

- \$32,670 ó menos por una sola persona
- \$55,590 ó menos por una familia de tres
- \$44,130 ó menos por una familia de dos
- \$67,050 ó menos por una familia de cuatro
- Añada \$11,460 por cada persona adicional

Paso
2

Vea si su medicina está en la lista de medicamentos de Rx Outreach. La mayoría de los medicamentos pueden adquirirse por \$20 para suplementos de 180 días. La lista muestra las tasas administrativas para todos los medicamentos ofrecidos. Los honorarios administrativos mostrado son para cualquier dosis y cualquier concentración. ¡ Aún, si usted tomas más de una píldora al día, nuestro honorarios administrativos son el mismo ¡

Paso
3

Obtenga una prescripción de su doctor. Las recetas se pueden escribir con repuestos disponibles hasta un año. Pregúntele a su médico acerca de un suministro de 180 días con un repuesto o un suministro de 90 días con tres repeticiones.

Paso
4

Envíe por correo la aplicación completa, junto con su prescripción y pago a:

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

Para mayor información, visite el sitio web de Rx Outreach en www.rxoutreach.org o llame al 1-800-769-3880, Lunes a Viernes, desde 7:00 a.m. hasta 5:30 p.m. tiempo Central.

Solicitud 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 telefónico: (____) _____

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

Acerca de Usted

Nombre : _____ Apellido : _____

Fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____ # de Seg. Social o "Green Card #": (Si no tiene SSN/Green Card# - escriba N/A) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Teléfono: (____) _____ Hombre/Mujer: _____

Liste cualquier comida/medicamento al que sea alérgico: _____

Liste los medicamentos que tome actualmente y su condición médica: _____

Dirección postal si es diferente a la anterior (Su dirección de envío debe ser una dirección postal residencial establecida.):

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

Ingreso Doméstico

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

Información de Pago

Como Pagar: Cheque u orden de pago pagadero a Rx Outreach. Por favor no envíe dinero en efectivo.

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

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

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

Nombre del tarjetahabiente: _____ Firma del tarjetahabiente: _____

(Firma obligatoria si usa tarjeta de crédito)

Firma

Usted debe firmar el formulario antes de que enviemos sus medicinas. *Doy fe de que la información provista en esta solicitud es completa y correcta. 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 comprobación de ingresos de mi o rechazar la aceptación de mi solicitud al Programa de Asistencia del Paciente Rx Outreach basándose 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, esto incluye Medicaid, Medicare y otros programas similares.*

X _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

(Firma obligatoria)

Pregunta Opcional

¿Cual es la más importante razón por la cual usted está ordenando medicamentos de Rx Outreach? (Elija una sola respuesta)

- Rx Outreach es un Programa de Asistencia al Paciente para obtener la medicina que necesito
- Rx Outreach entrega los medicamentos directamente en mi domicilio
- Rx Outreach me fue recomendado por otra persona
- Precio

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) Y de su tarjeta de seguro social o el número de su tarjeta de residente (Green Card). Las sustancias controladas serán enviadas en paquetes separados si usted está ordenando otros medicamentos al mismo tiempo. No podemos enviar sustancias controladas a la oficina del médico o apartados postales .