



BENEFICIOS DE PRODUCTOS DE VENTA LIBRE (OTC) 2018

FORMULARIO DE PEDIDO

PASO 1 - COMPLETE SU INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN:

ID del afiliado (encuéntrelo en su tarjeta de identificación de salud)		Fecha de nacimiento	
□□□□□□□□□□ - □□		□□/□□/□□□□	
Nombre		Apellido	
□□□□□□□□□□□□□□		□□□□□□□□□□□□□□ □	
Número de calle		Nombre de calle	
□□□□□□		□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	
Ciudad		Estado	
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		□□	
		Código postal	
		□□□□□□ - □□□□□□	
Teléfono de día		Correo electrónico (opcional)	
□□□□ - □□□□ - □□□□□□		□□□□□□□□□□□□□□ @ □□□□□□□□□□.com	
		Marque la casilla si es una dirección nueva <input type="checkbox"/>	

PASO 2 - SELECCIÓN DEL PRODUCTO:

No se aceptan efectivo, cheques, tarjetas de crédito o giros postales bajo este beneficio de compra de productos OTC.

	Nº de artículo	Nombre del producto	Cantidad	Precio
1	□□□□	_____	□□□□	_____
2	□□□□	_____	□□□□	_____
3	□□□□	_____	□□□□	_____
4	□□□□	_____	□□□□	_____
5	□□□□	_____	□□□□	_____

Subtotal del reverso \$ _____

Total de la orden \$ _____

Para solicitar más productos, vea el reverso. Devuélvanos por correo postal el formulario completo en el sobre con franqueo postal pago que le proporcionamos.

Si usted hace su pedido utilizando un formulario de pedido, el total de su pedido se aplicará al trimestre en el que recibamos su formulario. Por ejemplo, si usted envía su formulario de pedido por correo el 29 de junio pero lo recibimos el 1 de julio, el total de su pedido se aplicará a su beneficio del mes de julio y no al de junio.

PASO 2 - SELECCIÓN DEL PRODUCTO (continuación)

No se aceptan efectivo, cheques, tarjetas de crédito o giros postales bajo este beneficio de compra de productos OTC.

	Nº de artículo	Nombre del producto	Cantidad	Precio
6	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
7	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
8	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
9	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
10	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
11	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
12	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
13	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
14	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
15	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
16	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
17	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
18	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
19	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____
20	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____

Subtotal \$ _____

Devuélvanos por correo postal el formulario completo en el sobre con franqueo postal pago que le proporcionamos.

Si usted hace su pedido utilizando un formulario de pedido, el total de su pedido se aplicará al trimestre en el que recibamos su formulario. Por ejemplo, si usted envía su formulario de pedido por correo el 29 de junio pero lo recibimos el 1 de julio, el total de su pedido se aplicará a su beneficio del mes de julio y no al de junio.

Health Choice Generations cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-656-8991 (TTY: 711). Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-656-8991 (TTY: 711). Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jik'eh, éí ná hóló, kóji' hódúlnih 1-800-656-8991 (TTY: 711.)