



MEMBER INFORMATION

Last Name First Name Initial
Cardholder I.D. Number (usually found on your health plan benefit card) Group I.D. Number
Prescription Plan Name

DEPENDENT AND MEDICAL INFORMATION: If any dependent requires different shipping and/or billing information, please fill out additional registration form(s).

Table with 6 columns: Last Name, First Name, Middle Initial, Date of Birth, Sex. Rows for Member, Spouse, and three Dependents, each with an Allergies row listing Penicillin, Codeine, Sulfa, Aspirin, and Other.

SHIPPING INFORMATION: (All Orders will be shipped to this address unless otherwise notified.)

Street Address Apt.
City State Zip
Home Phone Number (Include Area Code) Work Phone Number (Include Area Code)
Email Address

PAYMENT INFORMATION (Payment required prior to shipping order.)

American Express VISA MasterCard Discover Card
Credit Card Number
CID # (3-4 numbers) Exp. Date (mm/yy)

CID # LOCATIONS:
VISA, MasterCard and Discover: Back of the card: if present, 3 digits in the signature area to the right of the credit card number.
American Express: Front of the card: 4 digits on the right above the card number.

May we use the specified card for future orders/unpaid balances? Yes No

SIGNATURE DATE

- I approve generic substitutions when available and permitted by my physician
I do not approve of generic substitutions and request brand only on the prescriptions enclosed. I understand that a higher copayment may apply.

By signing below, I certify that the information provided on this form is correct for myself and all members contained on my health plan policy. I understand that generic medications will be dispensed in all cases where medically appropriate and legally permissible, unless I have stated otherwise above. I further understand that my physician may be contacted about a possible cost-saving medication that is on my health plan's formulary when medically appropriate and legally permissible. After you have read and completed the section above, please sign and date.

SIGNATURE DATE

PLEASE PLACE COMPLETED APPLICATION, PRESCRIPTION(S) AND PAYMENT INTO POSTAGE-PAID ENVELOPE.
If you have any questions, please contact SaveDirectRx at (888) 637-5121



INFORMACIÓN DE MIEMBRO

Form fields for member information: Apellido, Nombre, Inicial, Numero de identificación, Grupo, Nombre de plan de prescripcion.

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Y MEDICA: Si desea mandar su orden o informacion de cuenta a otra direccion favor de llenar otra forma.

Table with 6 columns: Member/Dependiente, Apellido, Nombre, Inicial, Fecha de Nacimiento, Sexo. Includes rows for Member, Spouse, and three Dependents, each with an allergy section.

Si hay mas de 3 dependientes favor de llenar otra forma

INFORMACIÓN DE ENVIO: (Todas las ordenes seran enviades a esta dirección a menos de notificación.)

Form fields for shipping information: Dirección, Apt., Ciudad, Estado, Código Postal, Numero de Telefono, Numero de Trabajo, Correo Electronico.

INFORMACIÓN DE PAGO (Pago debe ser recibido antes de recibir su orden.)

Payment method options: American Express, VISA, MasterCard, Discover Card.

Form fields for payment information: Numero de Tarjeta de Credito, CID #, Fecha de vencimiento.

Para Localizer el CID #: VISA, MasterCard and Discover: Atras de la tarjeta: 3 numeros en el area de la firma al lado derecho. American Express: En frente de la tarjeta: 4 numeros en el lado derecho arriba del numero de la tarjeta

Podemos usar esta tarjeta para ordenes y balances en el futuro? Si No

FIRMA _____ FECHA _____

- Yo doy aprobacion de substituir a generico cuando sea aprobado por mi medico.
Yo no doy aprobacion a substituir a generico y solamente quiero marca. Entiendo que el precio podra ser mas alto.

Al firmar debajo, yo verifico que todo la informacion en esta forma esta correcta de mi mismo y los miembros en mi plan. Entiendo que van a dispensarse medicinas genericas en todo caso cuando sea apropiado, al menos que de indicacion. Entiendo que mi medico puede ser contactado para medicinas de bajo costo y que esten en la lista de mi plan cuando sea apropiado y legalmente permisible. (Despues que lea y llene esta seccion favor de firmar.)

FIRMA _____ FECHA _____

FAVOR DE MANDAR ESTE REGISTRO, SUS PRESCRIPCIONES Y PAGO EN EL SOBRE PREPAGADO.
Si tiene preguntas, por favor llamenos a SaveDirectRx (888) 637-5121