



PRODUCTOS DE VENTA LIBRE (OTC) 2020 FORMULARIO DE PEDIDO

PASO 1 - COMPLETE SU INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN

ID de Afiliado (se encuentra en su tarjeta de identificación de afiliado del plan) Fecha de Nacimiento

Nombre

Apellido y Sufijo

Inicial del
2.º Nombre

Número de la Calle

Nombre de la Calle

N.º de Apto./Of.

Ciudad

Estado

Código Postal

Marque la casilla si esta es una dirección nueva

Teléfono de Día

Correo Electrónico (Opcional)

PASO 2 - SELECCIÓN DE PRODUCTOS

No se acepta dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito o giros postales para este beneficio OTC.

N.º de Artículo	Producto	Cantidad	Precio por Unidad	TOTAL
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>
			Subtotal del Reverso \$	<input type="text"/> . <input type="text"/>
			Total del Pedido \$	<input type="text"/> . <input type="text"/>

Envíenos el formulario completo por correo postal en el sobre con franqueo pagado que le proporcionamos o envíelo por correo postal a:

OTC Servicing Center
PO Box 526266
Miami, FL 33152-9819

Si hace su compra con un formulario de pedido, el total de su pedido se aplicará al mes en el que recibamos el formulario. Por ejemplo, si usted envía su formulario de pedido por correo postal el 29 de Junio, pero lo recibimos el 1 de Julio, la cantidad total de su pedido se aplicará al beneficio correspondiente a Julio y no a Junio.

PASO 2 - SELECCIÓN DE PRODUCTOS (Continuación)

No se acepta dinero en efectivo, cheques, tarjetas de crédito o giros postales para este beneficio OTC.

N.º de Artículo	Producto	Cantidad	Precio por Unidad	TOTAL
6	<input type="text"/>	<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"/> . <input type="text"/>
8	<input type="text"/>	<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"/> . <input type="text"/>
10	<input type="text"/>	<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"/> . <input type="text"/>
12	<input type="text"/>	<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"/> . <input type="text"/>
14	<input type="text"/>	<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"/> . <input type="text"/>
16	<input type="text"/>	<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"/> . <input type="text"/>
18	<input type="text"/>	<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"/> . <input type="text"/>
20	<input type="text"/>	<input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>	\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>
Subtotal				\$ <input type="text"/> . <input type="text"/>

Envíenos el formulario completo por correo postal en el sobre con franqueo pagado que le proporcionamos.

Si hace su compra con un formulario de pedido, el total de su pedido se aplicará al mes en el que recibamos el formulario. Por ejemplo, si usted envía su formulario de pedido por correo postal el 29 de Junio, pero lo recibimos el 1 de Julio, la cantidad total de su pedido se aplicará al beneficio correspondiente a Julio y no a Junio.

Health Choice Generations HMO D-SNP es un Plan de Salud con un contrato con Medicare y un contrato con el programa estatal Medicaid. La inscripción en Health Choice Generations HMO D-SNP depende de la renovación del contrato.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.