

Formulario de inscripción de los miembros

PASO 1: INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/yy): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____

Dirección de correo electrónico:* _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación con el miembro: _____

Alergias: Ninguna Aspirinas Codeína Yodo Penicilina Sulfa Otros: _____

Afecciones médicas: Tiroides Diabetes Artritis Enfermedades de corazón Presión alta

Asma Colesterol alto Otros: _____

*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted da su consentimiento para recibir notificaciones por correo electrónico sobre sus beneficios de medicamentos recetados, así como otra información en nombre de Homescripts y Envolve Pharmacy Solutions. Puede excluir este servicio de correo electrónico en cualquier momento si se pone en contacto con nosotros o si sigue las instrucciones de exclusión incluidas en cada correo electrónico que reciba.

PASO 2: INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO

Nombre (impreso): _____ Número de teléfono: _____

Ubicación de la oficina: _____

PASO 3: INFORMACIÓN DEL SEGURO DE RECETAS

Tenedor de póliza (si es diferente del anterior): _____

Relación con el miembro: _____

Número de identificación del titular de la tarjeta: _____ Grupo Rx: _____

Número BIN Rx: _____ PCN/Código del plan: _____

Nombre del seguro: _____ Número de teléfono del seguro: _____

PASO 4: INFORMACIÓN DE PAGO

Tipo de tarjeta de crédito: Visa Mastercard Discover Amex ¿Es una tarjeta FSA? Sí No

¿Quiere utilizar esta tarjeta para futuros pedidos? Sí No

Número de la tarjeta de crédito: _____ Fecha de caducidad: ____ / ____

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Firma del titular de la tarjeta: _____



Formulario de inscripción de los miembros

PASO 5: HISTORIAL MÉDICO

Enumere todos los medicamentos con y sin receta que esté tomando actualmente.

Nombre del medicamento	Concentración

Nombre del medicamento	Concentración

PASO 6: INFORMACIÓN SOBRE RECETAS NUEVAS

1

Enviar recetas por correo a:

Homescripts Pharmacy
Attn: Inscripción de un nuevo miembro
500 Kirts Blvd., Suite 300
Troy, MI 48084

o

2

Solicite a su proveedor que llame o envíe las recetas por fax a:

Homescripts Pharmacy
Attn: Inscripción de un nuevo miembro
500 Kirts Blvd., Suite 300 | Troy, MI 48084
Teléfono: (888) 239-7690 | TTY: Marque el 711 **O**
Envíe un fax al: (877) 396-5970

La ley prohíbe que los pacientes envíen las recetas por correo electrónico o fax directamente a la farmacia.

PASO 7: INSTRUCCIONES ESPECIALES

Incluya cualquier instrucción especial relacionada con su pedido:

PASO 8: LEA, FIRME E INCLUYA LA FECHA ACTUAL

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y autorizo a Homescripts para que publique dicha información. Autorizo a mi proveedor para que envíe mis recetas a Homescripts, autorizo a mi proveedor para que consulta con un farmacéutico de Homescripts cualquier inquietud relacionada con los medicamentos y **AUTORIZO A HOMESCRIPTS PHARMACY PARA QUE SUSTITUYA CUALQUIER MEDICAMENTO GENÉRICO APROBADO POR LA FDA EN TODOS LOS CASOS EN QUE LA LEY LO PERMITA Y ELLO SEA COHERENTE CON LOS PEDIDOS DE MI PROVEEDOR Y MI PLAN DE BENEFICIOS.**

Nombre impreso: _____

Firma del representante legal del miembro: _____ Fecha: _____

Sí, quiero recibir tapas sin seguro y fáciles de abrir.

Iniciales _____

Envíe por correo electrónico el formulario guardado y completado a customerservice@homescripts.com o envíelo por fax al (877) 396-5970.

