

# REGISTRO PARA ENTREGA DE MEDICINAS A DOMICILIO

Elixir Pharmacy ofrece una conveniente entrega a domicilio de medicamentos de mantenimiento con envío estándar gratuito.

## 1. INFORMACIÓN DE REGISTRO

Regístrese en Elixir Pharmacy utilizando una de las siguientes tres opciones disponibles:

**Nota:** usted necesitará su número de identificación de afiliado para completar el registro.



**Para registrarse por medio del portal en línea:**  
Visite [elixirsolutions.com](http://elixirsolutions.com)



**Para registrarse por correo:**  
Envíe este formulario a Elixir Pharmacy  
7835 Freedom Ave. NW,  
North Canton, OH 44720



**Para registrarse por teléfono:**  
Llame a Elixir Pharmacy  
al 844-293-4761 (TTY:711)

## 2. DESPACHO DE RECETAS

Pídale a su médico una receta para 90 días de su medicamento. Su médico puede enviar la nueva receta a Elixir Pharmacy utilizando cualquiera de los siguientes métodos seguros y fáciles:



**Electrónico:** Pídale a su médico que nos envíe su receta a Elixir Pharmacy usando el código **NCPDP 36-77361**.



**Fax:** Pídale a su médico que nos envíe su receta por fax a Elixir Pharmacy al **866-909-5171**.



**Correo:** Si tiene una receta escrita, usted o su médico pueden incluirla con este formulario completo o, si ya se ha registrado en línea o por teléfono, envíela por correo a: **Elixir Pharmacy, 7835 Freedom Ave., NW, North Canton, OH 44720**.

También puede transferir cualquier receta actual que esté en otra farmacia a la Farmacia Elixir visitando [elixirsolutions.com](http://elixirsolutions.com). Si necesita ayuda con este proceso o para ponerse en contacto con su médico, llame a Farmacia Elixir al **844-293-4761 (TTY:711)**. **Tenga a mano el frasco de su receta.**

## 3. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Numero de identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

## 4. INFORMACIÓN DE SALUD

**Alergias a medicinas:**  Ninguna  Aspirina  Codeína  Eritromicina  Penicilina  Sulfa  Otra: \_\_\_\_\_

**Afecciones de salud:**  Artritis  Asma  Cáncer  Diabetes  Glaucoma  Afección del corazón  
 Presión arterial alta  Colesterol alto  Migraña  Enfermedad de las tiroides  Otra \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales de venta libre o a base de hierbas que toma regularmente:** \_\_\_\_\_

## 5. INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento	Nombre del médico	Teléfono del médico	*Recarga automática	**Despachar cuando se reciba la receta
1.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Marque este cuadro si desea reabastecimiento automático. \*\*Marque este cuadro si desea que surtamos su receta cuando la recibamos

**No quiero tapas a prueba de niños.** Si marca este cuadro, incluiremos frascos con tapas a presión o fáciles de abrir.

**Genéricos:** Elixir Pharmacy dispensará automáticamente el medicamento genérico a menos que su recetador escriba "DAW" (dispensar como está escrito) en la receta indicando que el medicamento de marca es médicamente necesario. Los medicamentos de marca generalmente requieren un copago más alto.

## 6. PAGO Y ENVÍO

Por favor no envíe dinero en efectivo. Si su copago es de \$0, no se hará ningún cargo a su tarjeta.

**Tarjeta de crédito/débito:**  Visa  MC  Discover  Amex  Diners

**Número de la tarjeta:**

Fecha de expiración:

X

M M A A Firma del titular de la tarjeta

**Autorizo a Elixir Pharmacy a cargar en esta tarjeta todos los pedidos hechos por cualquier persona de esta afiliación y a mantener mi tarjeta de crédito en el archivo como método de pago para cualquier cargo futuro.**

*Para modificar la selección de pago, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente en cualquier momento. En el caso de nuevos pedidos de recetas y reabastecimientos de mantenimiento, se facturará a esta tarjeta de crédito el copago/coaseguro y otros gastos de este tipo relacionados.*

**Para envío rápido opcional, sume**  \$10 por tierra,  \$25 para 2 días, o  \$50 entrega al día siguiente.

*El envío estándar está incluido.*

Elixir Pharmacy cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística en español. Llame al 1-844-293-4761 (TTY: 711). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-844-293-4761 (TTY: 711). MCS Classicare es un plan HMO suscrito por MCS Advantage, Inc.

**Aviso de confidencialidad:** Esta comunicación es privilegiada y confidencial, y/o información de salud protegida (PHI) o información de salud electrónica protegida (ePHI), y puede estar sujeta a protección bajo la ley, incluida la HIPAA. Esta comunicación está destinada al uso exclusivo de la persona o entidad a la que va dirigida. Si usted no es el destinatario previsto, tenga en cuenta que cualquier uso, divulgación, distribución, copia o acción realizada con base en el contenido de esta comunicación está estrictamente prohibido. Si ha recibido esta información por error, notifíquelo inmediatamente al remitente y organice su devolución. H5577\_2450922\_C