

## INSCRIPCIÓN PARA ENTREGA DE MEDICINAS A DOMICILIO

EnvisionPharmacies proporciona entrega a domicilio conveniente de medicamentos de mantenimiento tradicionales. Nuestro modelo de atención farmacéutica se enfoca en las necesidades individuales de nuestros pacientes, coordinando mejor la atención y mejorando los resultados. Para más información, visite [envisionpharmacies.com](http://envisionpharmacies.com).

### 1. INFORMACIÓN DE REGISTRO

Para facilitar su experiencia, regístrese en EnvisionPharmacies utilizando una de las tres opciones disponibles abajo. *Tenga en cuenta que necesitará su número de identificación de miembro de su tarjeta para completar su registro.*



**Para registrarse en línea:**

Visite [envisionpharmacies.com/mail](http://envisionpharmacies.com/mail) y seleccione "Enroll Now."



**Para registrarse por correo:**

Envíe este formulario a EnvisionPharmacies, 7835 Freedom Ave. NW, North Canton, OH 44720



**Para registrarse por teléfono:**

Llame a EnvisionPharmacies al 866-909-5170 (TTY:711)

### 2. ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS

Es fácil adquirir sus medicamentos en EnvisionPharmacies. Pídale a su médico una receta para una provisión de 90 días de su medicina. Su médico puede enviar la receta a EnvisionPharmacies usando uno de los siguientes métodos seguros y fáciles:



**Electrónico:** Pídale a su médico que envíe la receta a EnvisionPharmacies usando NCPDP 36-77361.



**Fax:** Pídale a su médico que la envíe por fax a EnvisionPharmacies al 866-909-5171.



**Correo:** Si tiene una receta escrita, usted o su médico puede enviarla, incluyendo este formulario si usted todavía no se ha registrado en línea o por correo, a EnvisionPharmacies, 7835 Freedom Ave., NW, North Canton, OH 44720.

Usted también puede transferir a EnvisionPharmacies una receta que ya haya remitido a otra farmacia iniciando una sesión en [envisionpharmacies.com/mail](http://envisionpharmacies.com/mail) y seleccionando "Transfer Now" desde la página base o "Transfer A Prescription" bajo el título "My Prescriptions."

Si usted necesita ayuda con este proceso o para contactar a su médico, llame a EnvisionPharmacies al 866-909-5170 (TTY: 711) para medicinas de mantenimiento o al 877-437-9012 (TTY: 711) para medicinas de especialidad. Tenga el frasco de la medicina a la mano.

### 3. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

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

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

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

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

### 4. INFORMACIÓN DE SALUD

**Alergia a medicinas:**  No  Aspirina  Codeína  Erytromicina  Penicilina  Sulfa  Otro: \_\_\_\_\_

**Problemas de salud:**  Artritis  Asma  Cáncer  Diabetes  Glaucoma  Problemas del corazón

Presión arterial alta  Colesterol alto  Migraña  Enfermedad de tiroides  Otra: \_\_\_\_\_

**Medicinas y suplementos de venta libre que toma regularmente:** \_\_\_\_\_

## 5. INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Nombre del medicamento	Nombre del médico	Teléfono del médico	*Repetición Automática	**Dispensar al recibir 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"/>
7.			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Marque si desea esta opción. \*\*Marque si desea que despachemos su receta cuando la recibamos.

No quiero tapas difíciles de abrir. Si marca este cuadro, incluiremos medicamentos en frascos con tapas a presión o tapas fáciles de abrir, pero no seguras para niños.

**Genéricos:** EnvisionMail automáticamente dispensará medicamentos genéricos a menos que el médico escriba "DAW" (dispensar como recetado) en la receta y el medicamento de marca es necesario médicamente. Los medicamentos de marca requieren por lo general copagos más altos.

**Tenga en cuenta que,** para ser elegible para reabastecimiento automático, su plan tiene que permitir participación. Si usted nos ha suministrado una tarjeta de crédito para mantener en nuestros archivos, nosotros cargaremos a su cuenta copagos hasta por \$500 y lo contactaremos para su autorización para cargos por encima de ese monto. Sustancias refrigeradas o controladas no se pueden reabastecer automáticamente debido a que las entregas tienen que programarse y a otras restricciones. EnvisionPharmacies le enviará un aviso cuando sus recetas no se pueden reabastecer o han expirado, para que usted contacte a su médico o a EnvisionPharmacies.

## 6. PAGO Y ENVÍO

¿Cómo desea pagar este pedido? (Por favor no envíe dinero en efectivo. Si su copago es \$0, no necesita indicar información de pago.)

**Cargue a mi tarjeta de crédito:**  Visa  MC  Discover  Amex  Diners

**Número de la tarjeta:**

Fecha de expiración:

M M A A

X \_\_\_\_\_  
Firma del titular

Autorizo a EnvisionPharmacies cargar a esta tarjeta todos los pedidos hechos con esta afiliación.

**Envío rápido:** Agregue \$10 por envío terrestre, \$25 para entrega en 2 días y \$50 para entrega al día siguiente al total del pedido. Nota: Los envíos rápidos no se pueden entregar en apartados postales (P.O. Box).

Para recetas nuevas o reabastecimiento de medicinas, los copagos o coaseguro y otros gastos relacionados serán cargados a esta tarjeta de crédito. Al suministrar este número de tarjeta, autorizo a EnvisionPharmacies a guardarlo en sus archivos como método de pago para futuras compras. Para modificar su método de pago, contacte a servicios al cliente en cualquier momento.

EnvisionPharmacies cumple con todas las leyes federales de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English you have free language assistance services at your disposal. Llame al 1-866-909-5170 (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 1-866-909-5170 (TTY: 711)。