

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA AFILIADOS

PASO 1 – INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aa): _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ TELÉFONO DE LA CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

CONTACTO ALTERNATIVO: _____ TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON EL AFILIADO: _____

Alergias: Ninguna Aspirina Codeína Yodo Penicilina Sulfa Otro: _____

Afecciones de Salud: Tiroides Diabetes Glaucoma Afecciones Cardíacas Presión Sanguínea Alta Otro: _____

PASO 2 – INFORMACIÓN PARA EL PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA): _____ N.º DE TELÉFONO: _____

UBICACIÓN DE LA OFICINA: _____

PASO 3a – INFORMACIÓN DEL SEGURO PARA LAS RECETAS

ASEGURADO (si difiere del nombre de arriba): _____ RELACIÓN CON EL AFILIADO: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA _____ GRUPO DE RX N.º: _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN BANCARIA PARA LA RX: _____ CÓDIGO DE LA RAP/PLAN N.º: _____

NOMBRE DEL SEGURO: _____ N.º DE TELÉFONO DEL SEGURO: _____

PASO 3b – SEGURO PARA LA RECETA SECUNDARIA *(si corresponde)*

ASEGURADO (si difiere del nombre de arriba): _____ RELACIÓN CON EL AFILIADO: _____

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LA TARJETA _____ GRUPO DE RX N.º: _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN BANCARIA PARA LA RX: _____ CÓDIGO DE LA RAP/PLAN N.º: _____

NOMBRE DEL SEGURO: _____ N.º DE TELÉFONO DEL SEGURO: _____

PASO 4 – INFORMACIÓN PARA EL PAGO

TIPO DE TARJETA DE CRÉDITO: MC VISA DISCOVER ¿DESEA USAR ESTA TARJETA PARA PEDIDOS FUTUROS? SÍ NO

N.º DE TARJETA DE CRÉDITO: _____ FECHA DE VENCIMIENTO: _____ / _____ CÓDIGO CVV2: _____

Si alguien además del afiliado es responsable de afrontar los costos del medicamento recetado, proporcione dicha información a continuación:

Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el Afiliado: _____

FIRMA DEL TITULAR: _____

(Ver el dorso de página para completar)

PASO 5 – INFORMACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE MEDICAMENTOS *(opcional)*

Complete este paso si desea que transfiramos medicamentos de su farmacia actual a Homescrpts.

Rx n.º	Nombre del Medicamento	Nombre de la Farmacia	N.º de Teléfono de la Farmacia

1

ENVÍO DE RXS POR CORREO A:

HOMESCRIPTS PHARMACY
 Atención: New Member Enrollment
 500 Kirts Blvd.
 Troy, MI 48084

O

2

Pídale a su Proveedor que

ENVÍE SUS RECETAS A:

HOMESCRIPTS PHARMACY
 Atención: New Member Enrollment
 500 Kirts Blvd.
 Troy, MI 48084

Teléfono: (888) 239-7690 / TTY: Llamar al 711

O por Fax al: (877) 396-5970

PASO 7 – INSTRUCCIONES ESPECIALES

Incluya cualquier instrucción especial con respecto a su pedido:

Certifico que la información suministrada en este formulario es correcta y autorizo la divulgación de toda la información a Homescrpts, autorizo a mi proveedor a enviar mis recetas a Homescrpts, autorizo a mi proveedor a consultar con un farmacéutico de Homescrpts sobre cualquier duda que tenga sobre mi medicación y **AUTORIZO A LA FARMACIA HOMESCRIPTS A SUSTITUIR CUALQUIER MEDICAMENTO GENÉRICO APROBADO POR LA FDA EN TODOS LOS CASOS QUE SEA LEGALMENTE PERMISIBLE Y CONSISTENTE CON LAS INDICACIONES DE MI PROVEEDOR Y MI PLAN DE BENEFICIOS.**

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: _____

FIRMA DEL AFILIADO O REPRESENTANTE LEGAL: _____ **FECHA:** _____

Sí, me gustaría recibir tapas de fácil apertura sin cierre de seguridad.

_____ *Iniciales*