

# Registro para entrega de medicinas a domicilio

Elixir Pharmacy ofrece entrega a domicilio de medicamentos de mantenimientos comunes. Nuestro modelo de atención farmacéutica se centra en las necesidades individuales de nuestros pacientes, coordinando mejor la atención y mejorando los resultados. Para más información, visite [elixirsolutions.com](http://elixirsolutions.com).

## 1. INFORMACIÓN DE REGISTRO

Para facilitar su experiencia, regístrese en Elixir Pharmacy utilizando una de las tres opciones disponibles abajo.

**Nota,** usted necesitará el número de miembro en su tarjeta de medicamentos recetados para completar su inscripción.



**Para registrarse en el portal:**  
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

Es fácil adquirir sus medicamentos en Elixir Pharmacy. Pídale a su médico que le expida una receta para 90 días de su medicina. Su médico puede enviarla a Elixir Pharmacy usando uno de los siguientes métodos seguros y fáciles:



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



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



**Correo:** Si usted tiene una receta escrita en papel, puede enviarla con este formulario llenado. Si ya se ha registrado en línea o por teléfono, envíela a: Elixir Pharmacy, 7835 Freedom Ave., NW, North Canton, OH 44720.

Usted también puede transferir sus recetas actuales con otras farmacias a Elixir Pharmacy visitando [elixirsolutions.com](http://elixirsolutions.com).

Si necesita ayuda con este proceso o ayuda para contactar a su médico, llame a Elixir Pharmacy al 844-293-4761 (TTY: 711) para medicinas de mantenimiento. Tenga el frasco de medicamentos a la mano.

## 3. INFORMACIÓN DE MIEMBRO

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

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

Identificación de miembro #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

## 4. INFORMACIÓN DE SALUD

**Alergia a medicinas:**  No  Aspirina  Codeína  Eritromicina  Penicilina  Sulfa  Otra: \_\_\_\_\_

**Afecciones de salud:**  Artritis  Asma  Cáncer  Diabetes  Glaucoma  Problemas cardíacos

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

**Medicinas de venta libre o suplementos herbales que toma en forma regular:** \_\_\_\_\_

## 5. INFORMACIÓN DE LA RECETA

Nombre del medicamento	Nombre del médico	Teléfono del médico #	*Recarga 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 el cuadro si desea esta opción. \*\*Marque el cuadro si desea que dispensemos su receta cuando la recibamos.

No quiero tapas seguras para niños..Si marca este cuadro, sus medicinas vendrán en frascos con tapas fáciles de abrir.

**Genéricas:** Elixir Pharmacy automáticamente dispensará medicinas genéricas a menos el que médico escriba "DAW" (dispensar como está escrito) en la receta y una medicina de marca es médicamente necesaria. Las medicinas de marca generalmente requieren un copago más alto.

**Nota:** Para ser elegible para recarga automática, su plan tiene que permitirlo. Si usted nos ha suministrado una tarjeta de crédito para guardar en los archivos, nosotros cargaremos a ella su copagos hasta por \$500 y le pediremos autorización si excede esa cantidad. Sustancias refrigeradas o controladas no se pueden recargar automáticamente debido a restricciones. Usted tiene que habernos suministrado una dirección de correo electrónico. Elixir Pharmacy le notificará cuando su receta expire o no tenga más recargas, para que usted contacte a su médico o a Elixir Pharmacy para solicitar una nueva receta.

## 6. PAGO Y ENVÍO

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

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

Tarjeta de crédito #:

Fecha de expiración:

M M A A

X \_\_\_\_\_

Firma del dueño de la tarjeta

Autorizo a Elixir Pharmacy para cargar a esta tarjeta todos los pedidos hechos con esta afiliación.

**Entrega rápida:** Agregue \$10 para envío terrestre, \$25 para entrega en 2 días y \$50 por entrega al día siguiente al total del pedido. Nota: Entregas rápidas no se pueden enviar a P.O. Box.

Para recetas nuevas y recargas de mantenimiento, se cargarán a esta tarjeta los copagos, coaseguro y otros costos relacionados con el pedido de medicamentos. Al suministrar mi número de tarjeta de crédito, autorizo a Elixir Pharmacy para conservarla en los archivos y utilizarla como método de pago para futuros pedidos. Para modificar el método de pago, contacte a Servicio al Cliente en cualquier momento.

H5577\_1385S0720\_C