

## Ventajas

- > Cuando se inscriba en nuestro servicio, su doctor podrá enviar de forma muy sencilla encargos de recetas para usted a través del teléfono, el correo, el fax o ePrescribe. Cuando la farmacia de venta por correspondencia reciba una receta directamente de su médico, se le llamará a usted primero para confirmar que quiere dicho medicamento.
- > Los miembros del equipo que conforma nuestra farmacia se pondrán en contacto con usted para proveerle recordatorios de reabastecimiento.
- > Puede recibir servicios de suministro de medicamentos hasta 90 días.
- > Si tiene cualquier pregunta o inquietud sobre sus medicamentos, puede ponerse en contacto con uno de nuestros farmacéuticos por teléfono o correo electrónico en Homescripts.com.

## Centro de atención al cliente

Línea gratuita: 1-888-239-7690

## Horas de atención

Días laborables: 8 a.m. – 8 p.m. EST  
Sábado: 10 a.m. – 2 p.m. EST

## Dirección de correo

500 Kirts Blvd., Suite 300  
Troy, MI 48084

Homescripts es una farmacia de venta por correspondencia que ofrece el envío seguro de medicamentos con receta a su hogar. Si dispone de una o más recetas para su cuidado o para afecciones de largo termino como presión alta, artritis, diabetes o depresión, nuestro servicio de correo puede ser el adecuado para usted. Nuestros servicios de entrega de alta calidad y sin costo le facilitan la obtención de sus medicamentos a través del correo. Homescripts también le ayudará a reducir los viajes a la farmacia.

## Empaquetado seguro

Nuestros farmacéuticos procesan todas las recetas de servicio postal y le envían sus medicamentos en paquetes sencillos a prueba de falsificaciones. Los medicamentos refrigerados llegan en paquetes que los mantienen a la temperatura adecuada.

## Inscríbese hoy

Complete su inscripción mediante una de las siguientes opciones:

- 01 OPCIÓN 1**  
Correo electrónico. Envíe el formulario completo a [customerservice@homescripts.com](mailto:customerservice@homescripts.com).
- 02 OPCIÓN 2**  
Teléfono. Llame para inscribirse al 1-888-239-7690.
- 03 OPCIÓN 3**  
Correo. Envíe su formulario de inscripción completado a Homescripts.

## Reabastecimiento sencillo

Puede reponer sus recetas de tres sencillas maneras:

- 01 OPCIÓN 1**  
En línea. Inicie sesión en [Homescripts.com](http://Homescripts.com).
- 02 OPCIÓN 2**  
Teléfono. Llámenos al 1-888-239-7690. Puede dejarnos un mensaje si no quiere esperar a hablar con alguien.
- 03 OPCIÓN 3**  
Correo. Envíe el formulario de inscripción completado que viene con cada paquete.

## 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: \_\_\_\_\_

(dele la vuelta para completarlo)

DOR0117



**Línea gratuita:** 1-888-239-7690  
**TTY:** Marque el 711 si necesita asistencia telefónica



**Horario de atención al cliente:**  
L-V 8am - 8pm EST, Sáb 10am - 2pm EST

## 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 PERMITE 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](mailto:customerservice@homescripts.com) O envíelo por fax al (877) 396-5970.

FRM015510SO00



**Línea gratuita:** 1-888-239-7690  
**TTY:** Marque el 711 si necesita asistencia telefónica



**Horario de atención al cliente:**  
L-V 8am - 8pm EST, Sáb 10am - 2pm EST