



Llame sin cargo al 1-888-239-7690

TTY: Por favor, marque el 711 para asistencia relé teléfono

Horario de Servicio al Cliente: Lunes – Viernes 9am – 6pm EST, Sábado 10am – 2pm EST

## 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 Homescripts.

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 Homescripts, autorizo a mi proveedor a enviar mis recetas a Homescripts, autorizo a mi proveedor a consultar con un farmacéutico de Homescripts 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*