

## REGISTRO PARA ENTREGA DE MEDICINAS A DOMICILIO

Elixir Pharmacy ofrece una conveniente entrega a domicilio de medicamentos de mantenimiento con envío estándar gratuito.

### 1. INFORMACIÓN DE REGISTRO

Regístrese en Elixir Pharmacy utilizando una de las siguientes tres opciones disponibles:

**Nota:** usted necesitará su número de identificación de afiliado para completar el registro.



**Para registrarse por medio del portal en línea:**

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 866-909-5170 (TTY:711)

### 2. DESPACHO DE RECETAS

Pídale a su médico una receta para 90 días de su medicamento. Su médico puede enviar la nueva receta a Elixir Pharmacy utilizando cualquiera de los siguientes métodos seguros y fáciles:



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



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



**Correo:** Si tiene una receta escrita, usted o su médico pueden incluirla con este formulario completo o, si ya se ha registrado en línea o por teléfono, envíela por correo a: **Elixir Pharmacy, 7835 Freedom Ave., NW, North Canton, OH 44720**.

También puede transferir cualquier receta actual que esté en otra farmacia a la Farmacia Elixir visitando [elixirsolutions.com](http://elixirsolutions.com). Si necesita ayuda con este proceso o para ponerse en contacto con su médico, llame a Farmacia Elixir al **866-909-5170 (TTY: 711)**. **Tenga a mano el frasco de su receta.**

### 3. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

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

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

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

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

### 4. INFORMACIÓN DE SALUD

**Alergias a medicinas:**  Ninguna  Aspirina  Codeína  Eritromicina  Penicilina  Sulfa  Otra: \_\_\_\_\_

**Afecciones de salud:**  Artritis  Asma  Cáncer  Diabetes  Glaucoma  Afección del corazón

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

**Medicamentos actuales de venta libre o a base de hierbas que toma regularmente:** \_\_\_\_\_

## 5. PROGRAMA EASYREFILL DE REABASTECIMIENTO AUTOMÁTICO

### ¡Nunca pierda una dosis!

Inscríbase en el programa gratuito de reabastecimiento automático de Elixir ("EasyRefill") y reciba sus medicamentos\* automáticamente en su domicilio. Antes de que se envíen sus medicamentos, usted recibirá correos electrónicos\*\* en los que se le notificará su próximo reabastecimiento y la fecha en que se procesará y enviará.

### ¿LISTO PARA EMPEZAR?

Para inscribirse, envíe correo electrónico a Atención al cliente de Elixir Mail en [elixirpharmacy@elixirsolutions.com](mailto:elixirpharmacy@elixirsolutions.com) o llame al 866-909-5170 (TTY: 711).

Yo soy un residente de California y recibí el resumen de EasyRefill de Elixir en [elixir.info/easyrefill](http://elixir.info/easyrefill).

Los residentes de California deben reinscribirse al programa EasyRefill anualmente. Envíe un correo electrónico a Atención al cliente de Elixir Mail en [elixirpharmacy@elixirsolutions.com](mailto:elixirpharmacy@elixirsolutions.com) o llame al 866-909-5170 (TTY: 711).

**Información adicional del programa:** Para ser elegible para reabastecimiento automático (EasyRefill), su plan debe permitirlo. \* Medicamentos no elegibles para el programa EasyRefill: 1) aquellos comprados en farmacias al menudeo; 2) aquellos que no cumplen los parámetros de reabastecimientos permitidos; 3) medicamentos financiados por el gobierno donde lo prohíba la ley estatal; 4) medicamentos que necesitan ser refrigerados; o 5) medicamentos controlados o regulados que requieren una nueva receta cada vez. Limitaciones adicionales se pueden aplicar. \*\* Usted debe tener una dirección de correo electrónico registrada en Elixir Pharmacy y optar por recibir comunicaciones por correo electrónico de Elixir. Si tiene una tarjeta de crédito registrada con nosotros, le cobraremos a su tarjeta los copagos de hasta \$500 y nos comunicaremos con usted para obtener autorización para cargos por encima de esa cantidad.

## 6. PAGO Y ENVÍO

Por favor no envíe dinero en efectivo. Si su copago es de \$0, no se hará ningún cargo a su tarjeta.

Tarjeta de crédito/débito:  Visa  MC  Discover  Amex  Diners

Número de la tarjeta:

Fecha de expiración:

X

M M A A Firma del titular de la tarjeta

Autorizo a Elixir Pharmacy a cargar en esta tarjeta todos los pedidos hechos por cualquier persona de esta afiliación y a mantener mi tarjeta de crédito en el archivo como método de pago para cualquier cargo futuro.

Para modificar la selección de pago, póngase en contacto con el servicio de atención al cliente en cualquier momento. En el caso de nuevos pedidos de recetas y reabastecimientos de mantenimiento, se facturará a esta tarjeta de crédito el copago/coaseguro y otros gastos de este tipo relacionados.

Para envío rápido opcional, sume  \$10 por tierra,  \$25 para 2 días, o  \$50 entrega al día siguiente.

El envío estándar está incluido.

Elixir Pharmacy cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATENCIÓN: tenemos a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística en español. 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).