

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 recordatorio
- > Usted puede recibir un suplido de medicamentos de 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 condiciones 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.

Empaque 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:

1

OPCIÓN 1

Correo electrónico. Envíe el formulario completo a customerservice@homescripts.com.

2

OPCIÓN 2

Teléfono. Llame para inscribirse al 1-888-239-7690.

3

OPCIÓN 3

Correo. Envíe su formulario de inscripción completado a Homescripts.

Reabastecimiento sencillo

Puede reponer sus recetas de tres sencillas maneras:

1

OPCIÓN 1

En línea. Inicie sesión en [Homescripts.com](https://homescripts.com).

2

OPCIÓN 2

Teléfono. Llámenos al 1-888-239-7690. Puede dejarnos un mensaje si no quiere esperar a hablar con alguien.

3

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: _____



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 PERMITA 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 o envíelo por fax al (877) 396-5970.