

EnvisionMail es una farmacia con servicio por correo. Nosotros ofrecemos entrega mensual de medicamentos sin costos de despacho o manejo para entregas estándar. Usted recibe una provisión hasta para 90 días de la mayoría de los medicamentos, entregados directamente a la puerta de su casa.

Para obtener servicio por correo de EnvisionMail, usted tiene que crear una cuenta utilizando uno de los tres métodos siguientes:

1. Completar este formulario de inscripción y enviarlo a la siguiente dirección:  
**EnvisionMail, 7835 Freedom Ave NW, North Canon OH 44720; O**
2. Inscribirse en línea en **envisionpharmacies.com**; Usted necesitará la identificación en su receta para crear una cuenta; O
3. Inscribirse por teléfono al **866-909-5170** o **TTY 711** (Lunes a viernes, 8:00 a.m. a 10:00 p.m. y sábados 8:30 a.m. a 4:30 p.m.).

Una vez que empiece a recibir sus medicamentos, usted puede ordenar reabastecimiento llamando al **866-909-5170** (o **711** para usuarios de TTY). Nuestros representantes están disponibles de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 10:00 p.m., y sábados de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Para su conveniencia, nuestro sistema automatizado está disponible 24 horas al día, siete días a la semana. También puede ordenar reabastecimiento de medicamentos en línea, en **envisionpharmacies.com**.

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

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

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Zip: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Grupo #: \_\_\_\_\_ Identificación #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Alergias a  Ninguna conocida  Erythromycin  Penicillin  Codeine  Aspirin  Sulfa  
medicamentos:  Otra: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DE PAGO

Nosotros aceptamos los siguientes métodos de pago:

- Cheque: (cheque personal, cheque expedido por un banco y cheque por teléfono)
- Tarjeta de crédito: (Visa, MasterCard, Discover, Amex)
- Money Order
- Nosotros no podemos aceptar pagos con dinero en efectivo

Por favor actualice su información de pago en **envisionpharmacies.com** o por teléfono al **866-909-5170** o **711** para usuarios de TTY, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 10:00 p.m., y los sábados de 8:30 a.m. a 4:30 p.m.).

**MANEJO ESPECIAL**

Escriba sus iniciales en esta línea si **no** quiere tapas a prueba de niños en sus frascos de medicamentos.

\_\_\_\_\_ Si sus iniciales aparecen en esta línea, sus medicamentos vendrán en frascos con tapas fáciles de abrir.

**Genéricos:** EnvisionMail automáticamente dispensará medicamentos genéricos a menos que su médico haya escrito "DAW" (dispensar como recetado) en la receta y se necesite un medicamento de marca. Los medicamentos de marca generalmente requieren un copago más alto.

**USO Y REVELACIÓN DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DE SALUD**

La ley *Health Insurance Portability and Accountability Act* de 1996 establece que usted tiene el derecho de nombrar a una o más personas para que actúen como sus representantes para la toma de decisiones acerca del uso y revelación de su información protegida de salud. Usted puede limitar la cantidad de información protegida de salud sobre la cual su representante autorizado puede tomar decisiones, y usted puede cancelar esta autorización en cualquier momento.

**DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE PERSONAL****Para uso y revelación de información protegida de salud**

El paciente ("Paciente") que firma esta Designación de Representante Personal ("Autorización") autoriza a EnvisionPharmacies a revelar información de salud del Paciente ("Información del Paciente") a la siguiente persona, como "Representante Personal":

\_\_\_\_\_  
Nombre del representante personal autorizado

Esta autorización tiene como fin permitir a EnvisionPharmacies revelar Información del Paciente al Representante Personal Autorizado para que este pueda ayudar al Paciente con las recetas de EnvisionPharmacies y el pago de medicamentos en forma permanente por todo el tiempo que esta Autorización permanezca vigente.

EnvisionPharmacies no puede controlar que la Información del Paciente sea posteriormente revelada como resultado de esta Autorización. Tal Información de Paciente, en manos del Representante Personal o de otra persona, podrá no ser protegida por la Ley de Privacidad HIPAA, aunque podría estar protegida bajo otras leyes.

EnvisionPharmacies no condiciona el Tratamiento o Pago basado en esta Autorización. El Paciente tiene el derecho de solicitar información acerca de cómo su Información de Paciente puede haber sido revelada de acuerdo con esta autorización. El Paciente tiene el derecho de recibir y conservar una copia firmada de esta autorización. Una copia en papel o electrónica del original de esta Autorización será tratada como si fuese el original.

Esta Autorización expirará Un (1) año a partir de la fecha que aparece abajo. Sin embargo, el Paciente puede revocar esta Autorización en cualquier momento remitiendo su revocación por escrito a: Privacy Officer, EnvisionPharmacies, 7835 Freedom Avenue NW, North Canton, OH 44720. EnvisionPharmacies cumplirá con tal revocación escrita, excepto en los casos en que EnvisionPharmacies ya haya tomado acción de buena fe al amparo de esta autorización.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Identificación del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha