

Formulario de inscripción para entregas a domicilio

Miembros de la Parte D de Medicare CastiaRx

¡Bienvenido al sistema de entregas a domicilio de CastiaRx Home Delivery! Siga los cuatro pasos de este formulario y quedará registrado para la entrega a domicilio de sus medicamentos de mantenimiento, que puede ahorrarle tiempo y dinero.

1. Proporcione sus antecedentes

Información del paciente

NOMBRE		APELLIDO	
NÚMERO DE GRUPO		IDENTIFICACIÓN DEL MIEMBRO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
FECHA DE NACIMIENTO		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN DE ENVÍO		CIUDAD	
ESTADO	CP	CORREO ELECTRÓNICO	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNATIVO

Información de la receta y del prescriptor

CastiaRx se comunicará con su prescriptor para una nueva receta de 90 días

Nombre del medicamento y concentración	Nombre del prescriptor	Número de teléfono del prescriptor

Tengo preguntas relacionadas con mi(s) medicamento(s) y quisiera que el farmacéutico se comunique conmigo

¿Tiene preguntas?

Llame al **866-516-1121** // TTY **866-706-4757**

Visite **CastiaRx.com**

El formulario continúa >

4. Envíe este formulario

Los formularios de inscripción pueden enviarse por:

Correo: CastiaRx Pharmacy
701 Emerson Road, Suite 301
Creve Coeur, MO 63141

Fax: 877-649-1910

Correo electrónico: HomeDelivery@CastiaRx.com

CastiaRx se comunicará con su prescriptor para obtener una receta de 90 días, o con su solicitud, su prescriptor puede enviar una receta de 90 días por medio de **ePrescribe** (NABP# 2611590, NPI# 1285737411), **fax** o **correo**. No podemos aceptar recetas por correo electrónico.

¿Tiene una receta que necesita reposición?

Si es su primera vez usando el sistema de entrega a domicilio de CastiaRX Home Delivery, tenga a bien completar y enviar este formulario de inscripción.

Si usted ya está registrado, pídale a su prescriptor que envíe la receta mediante:

ePrescribe a CastiaRx, NABP#: 2611590, NPI#: 1285737411.

Fax a CastiaRx al 877-649-1910. Debe incluir una portada de fax del consultorio del prescriptor.

Envío por correo de la receta original a CastiaRx Pharmacy, 701 Emerson Road, Suite 301, Creve Coeur, MO 63141.

Su prescriptor debe redactar la receta por un suministro de 90 días y detallar la cantidad exacta a suministrar.



Si tuviera en algún momento alguna pregunta sobre sus medicamentos, envíos o facturación, nuestros especialistas de servicio de apoyo están disponibles por vía telefónica.

Llame al **866-516-1121** // TTY **866-706-4757**

ATTENTION: CastiaRx complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-516-1121 (TTY: 1-866-706-4757).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-516-1121 (TTY: 1-866-706-4757). // CastiaRx cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

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 1-866-516-1121 (TTY: 1-866-706-4757)。 // CastiaRx 遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。