



CANARX es una opción voluntaria de pedido por correo internacional. Para ser elegible para el programa CANARX, debe de ser miembro existente de un plan de seguro médico que tengo CANARX implementado como una opción adicional a su cobertura de medicamentos recetados.



Medicamentos de Marca GRATIS



¡Ningún cobro de manejo y envío a usted!



SIMPLE.

¿Quién es CANARX?

Somos su forma más fácil de comprar medicamentos recetados. CANARX ofrece cientos de medicamentos de marca de mantenimiento que usted puede obtener, **sin copagos**, solo con unos pasos muy sencillos.

SEGURO.

Se envían los medicamentos directamente a usted desde farmacias licenciadas y reguladas, ubicadas en Canadá, el Reino Unido y Australia. Todos los medicamentos son asegurados por un Equipo de Control de Calidad de médicos y farmacéuticos con más de 20 años de experiencia en la industria.

INTELIGENTE.

Con nuestro programa, usted paga **\$0** en copagos y se envían los medicamentos directamente a su puerta **GRATIS**. ¿Cómo? Su plan de seguro médico paga menos por los medicamentos y comparte estos ahorros con usted.

**¿Listo para
empezar los
ahorros?**

**¡INSRÍBASE
HOY!**

1-866-893-6337 | canarx.com



¡A comenzar!

¡SER MIEMBRO ES FÁCIL!

Visite nuestro sitio web hoy por más información incluyendo:

- Formularios Adicionales
- Preguntas Frecuentemente Hechas (FAQs)
- Un sinopsis en video de nuestro programa
- Una lista de medicamentos

Llame a 1-866-893-6337 por el WebID de su plan.

canarx.com

Escanee el código QR para visitar nuestro sitio web



Envíe su Formulario de Inscripción Completado y Firmado, Receta Original e Identificación:

Por correo a:

CANARX
PO Box 3009
Windsor, ON Canada
N8N 2M3

Por fax a:

1-866-715-6337

Nota: Se debe enviar las recetas por fax directamente desde el consultorio del médico.

Incluso se puede enviar el formulario de inscripción y su identificación mediante carga segura a:
canarxdocs.com

Antes de ordenar con CANARX, usted o su médico debe de certificar que ha estado tomando el medicamento recetado por al menos 30 días; esto es para asegurar que no se haya experimentado ninguna complicación con el medicamento.



PASO 1

Pídale a su médico una receta con 3 meses de suministro de su medicamento de mantenimiento con 3 recargas adicionales.



PASO 2

Complete el formulario de inscripción adjunto o descárguelo del sitio web de su grupo.



PASO 3

Envíenos su receta, el formulario de inscripción y una copia de su licencia de conducir estatal u otra identificación gubernamental aprobada.



PASO 4

CANARX lo llamará para darle la bienvenida al programa y revisar su pedido.



PASO 5

Una farmacia licenciada y regulada le enviará el medicamento a usted en el empaque sellado original del fabricante.



PASO 6

Recargas sin preocuparse. CANARX lo llamará antes de cada renovación de su receta para garantizar que tenga un suministro continuo.

CANARX



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para obtener más información, por favor llame:
TELÉFONO GRATUITO: 1-866-893-6337

Envíe el formulario de inscripción completado mediante uno de los siguientes métodos:

ENVIAR A: CANARX, PO BOX 3009, WINDSOR, ONTARIO CANADA N8N 2M3

CARGA SEGURA: CANARXDOCS.COM

FAX PARA: 1-866-715-6337 (Las recetas enviadas por fax deben enviarse directamente desde el consultorio del médico.)

WEBID (LLAME SI NO ESTÁ SEGURO)

NOMBRE DEL EMPLEADOR(A)

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

IDENTIFICACIÓN DE MIEMBRO #

TELÉFONO CASA

TELÉFONO MÓVIL

TELÉFONO TRABAJO EXT.

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE DE PILA

INICIAL

APELLIDO

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

☐

ABONADO

☐

DEPENDIENTE

MEDICAMENTOS ACTUALES / VITAMINAS ESTO NO ES UNA RECETA.

LISTAR TODO: MEDICAMENTOS RECETADOS, SIN RECETA Y DE VENTA LIBRE; SUPLEMENTOS A BASE DE HIERBAS, NUTRICIONALES Y VITAMÍNICOS.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO Ej. JANUVIA	DOSIS Ej. 50MG	TIEMPO(S) PARA TOMAR Ej. DOS VECES AL DÍA	FECHA INICIADA Ej. 08/20/2019	RAZÓN PARA TOMAR Ej. DIABETES

LOS MEDICAMENTOS NUEVOS PARA USTED DEBEN RECETARSE, SURTIRSE Y TOMARSE EN EL PAÍS DURANTE POR UN PERIOD NO MENOR DE 30 DAYS.
PÍDALE A SU MÉDICO QUE LE DÉ UNA RECETA PARA UN SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS PARA 3 MESES CON 3 RESURTIDOS.

☐

LA RECETA ESTÁ ADJUNTA

☐

LA RECETA SE SEGUIRÁ POR CORREO

☐

LA RECETA SE ENVIARÁ POR FAX DESDE LA OFICINA DEL MÉDICO

HISTORIA MÉDICA (Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel por separado.)

☐

MASCULINO

☐

FEMENINO

1. OPERACIONES (EJ. HISTERECTOMÍA, VESÍCULA BILIAR, OPERACIONES CARDÍACAS, ETC.):

2. HOSPITALIZACIONES (PERMANECE EN EL HOSPITAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS):

3. ENFERMEDADES PRESENTES (EN CURSO - EJ. DIABETES MELLITUS TIPO 1, VASCULITIS, OSTEOPOROSIS, ETC.) – **NOTA:** Absténgase de utilizar términos genéricos como "enfermedad cardíaca", ya que esto podría indicar cualquier número de afecciones, como enfermedad cardíaca valvular, insuficiencia cardíaca, bradiarritmia, taquiarritmia, retraso en la conducción ventricular, etc.

4. ALERGIAS A MEDICAMENTOS: ☐ SI ☐ NO EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR ESPECIFICAR.

AUTORIZACIÓN – SI EL PACIENTE ES UN NIÑO DEPENDIENTE MENOR DE 18 AÑOS

Certifico que esta es una declaración exacta y verdadera de la historia médica de mi dependiente. Confirmando que el/ella ha sido y será evaluado(a) periódicamente por un médico en los Estados Unidos y que se ha sometido a un examen físico en los últimos 12 meses. Verifico que ha tomado los medicamentos enumerados anteriormente durante un período de más de 30 días. Certifico que he leído, comprendo y estoy de acuerdo con los Términos del Acuerdo en el reverso, o en ausencia, confirmo que se leyó y entendió en el sitio web antes de la firma, y que la información proporcionada anteriormente es precisa y verdadera.

Firma del padre/tutor:

Fecha:

(MM/DD/AAAA)

AUTORIZACIÓN – SI EL PACIENTE ES EL SUSCRIPTOR, CÓNYUGE O UN HIJO DEPENDIENTE DE 18 AÑOS O MÁS

Certifico que he leído, entiendo y estoy de acuerdo con los Términos de Acuerdo en el reverso, o en su ausencia, confirmo que se ha leído y comprendido en la sitio web antes de la firma, y que la información proporcionada por mí es correcta y verdadera.

Firma del paciente:

Fecha:

(MM/DD/AAAA)

CONFIRMACIÓN Y REPRESENTACIONES

Yo, entro este acuerdo con CANARX Group Inc. en Christ Church, Barbados (denominado "CANARX") para poder tener acceso a medicamentos médicamente necesarios y recetados legalmente, a bajo costo. Yo declaro:

1. Soy mayor de edad en la jurisdicción en la que normalmente resido.
2. No estoy restringido de tomar mis propias decisiones médicas en virtud de las leyes de la jurisdicción en la que normalmente resido.
3. Certifico que soy un residente de Estados Unidos y no soy residente de algún otro país.
4. Estoy bajo el cuidado de un médico debidamente calificado y con licencia en Estados Unidos (mi "médico de Estados Unidos") y la medicina que le pido a CANARX me ayude a obtener, me fue recetada por mi médico de Estados Unidos.
5. Mi médico de Estados Unidos me ha examinado en los últimos 12 meses y me examinará al menos una vez cada 12 meses mientras esté tomando medicamentos.
6. Cualquier medicamento que yo le pida a CANARX me ayude a obtener, es medicamento que ya he tomado, bajo las órdenes y la supervisión de mi médico de Estados Unidos, por lo menos 30 días antes de realizar un pedido de la medicina a través de CANARX.
7. La atención que recibo por parte de mi médico de Estados Unidos es continua y no busco y no dependo de ninguna información por parte de CANARX ni de un médico seleccionado por CANARX.
8. No he violado ninguna ley en la jurisdicción en la que resido habitualmente (o, si es diferente, en la jurisdicción en la que se emitió la receta) en la obtención de la receta para el producto solicitado.
9. La receta emitida por mi médico de Estados Unidos no ha sido alterada de ninguna manera ni se ha surtido previamente.
10. Utilizaré los medicamentos obtenidos para mí a través de CANARX estrictamente de acuerdo con las instrucciones proporcionadas por mi médico de Estados Unidos.
11. El medicamento dispensado de acuerdo con mi receta no se utilizará de ninguna manera, excepto como lo indique mi médico de Estados Unidos.
12. No voy a permitir que nadie más use ni la receta, ni ninguno de los medicamentos que yo reciba.
13. En el caso de que sufriera efectos secundarios de cualquier medicamento que obtuviera por parte de CANARX, me pondré en contacto de inmediato con mi médico de Estados Unidos.
14. Toda la información que proporcionó a CANARX es veraz.

AUTORIZACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Yo, doy mi consentimiento para, y autorizo lo siguiente:

1. Por la presente designo a CANARX y sus delegados y contratistas (denominados colectivamente "CANARX") como mis agentes pagados y apoderados de hecho para efectos de la obtención de las recetas que correspondan con las recetas emitidas por mi médico de Estados Unidos; seleccionando médicos, farmacias y otros profesionales según sea necesario para tratar en mi nombre fuera de los EE. UU; y para que las farmacias me surtan los medicamentos que me hayan sido recetados.
2. CANARX puede realizar cualquier acto que yo pudiese realizar para que mi receta sea revisada por cualquier médico, farmacéutico o técnico de farmacia y para que los medicamentos recetados sean surtidos por una farmacia y que se me entreguen a mí por correo.
3. CANARX puede organizar la compra y entrega de los medicamentos que me sean recetados, de acuerdo con los términos establecidos en este acuerdo, como si yo personalmente hubiera realizado este tipo de acciones.
4. Autorizo e instruyo a mi médico de Estados Unidos para que libere a CANARX (y a cualquier médico, farmacéutico y técnico farmacéutico seleccionado por CANARX) cualquiera y toda la información médica personal que tenga que ver conmigo ("Historia Médica Personal"), incluidos, entre otros, todos los expedientes médicos, informes médicos, notas de progreso, notas de enfermería, informes sobre las pruebas de diagnóstico, dictámenes médicos, registros de rayos X, los registros de imágenes, informes de laboratorio, y/o cualquier otro conocimiento o información que mi médico de Estados Unidos pudiese tener en su poder.
5. Estoy de acuerdo en instruir a mi médico de Estados Unidos que emita mi receta en papel (si es necesario para que una farmacia situada fuera de la jurisdicción de mi médico de Estados Unidos surta la receta) y envíe la copia original firmada de la receta (por correo, por fax, a través de Internet o por otro medio) a CANARX.
6. CANARX y sus médicos seleccionados, farmacéuticos y técnicos de farmacia pueden ponerse en contacto con mi médico de Estados Unidos para hablar sobre mi receta si es necesario.
7. Los médicos seleccionados por CANARX pueden emitir recetas para medicamentos que yo haya ordenado, si lo consideran conveniente y apropiado.
8. CANARX puede hacer pagos en mi nombre a las farmacias para dispensar medicamentos, de acuerdo con mis recetas y a los médicos por los servicios prestados en mi nombre.
9. Solicito y autorizo a mi empleador o al titular de mi plan, como mi agente designado, que pague por todos los productos y servicios relacionados con los medicamentos con receta que yo obtenga a través de CANARX en las cantidades que mi empleador o el titular de mi plan considere apropiadas de conformidad con el plan de beneficios.

RECONOCIMIENTO Y LIBERACIÓN

Yo, por la presente hago los siguientes reconocimientos y comunicados a CANARX a todos sus empleados, delegados, agentes y contratistas, incluidos médicos, farmacéuticos, técnicos de farmacia, enfermeras, recepcionistas y personal:

1. Mi médico de Estados Unidos es mi médico de cabecera. Se pide a cualquier médico seleccionado por CANARX que revise la información contenida en mi historial médico personal solo con el propósito de autorizar el medicamento que mi médico de Estados Unidos me hubiese recetado para que una farmacia seleccionada por Canarx lo dispense.
2. CANARX no me ha hecho ninguna declaración ni me ha otorgado garantía, incluyendo, sin limitación, representaciones o garantías con respecto al uso de la aptitud para un propósito en particular de los medicamentos entregados (incluyendo, sin limitación, su idoneidad para curar o ayudar a aliviar cualquier dolencia en particular, enfermedad o trastorno, o sus efectos secundarios o adversos potenciales o reales ya sean conocidos o desconocidos previamente).
3. Deseo obtener una receta por parte de un médico seleccionado por CANARX y contraté los servicios de CANARX para facilitarlo. Entiendo que el médico dependerá de la precisión del examen realizado, y la receta proporcionada por mi médico de Estados Unidos.
4. Libero a CANARX y a todos sus funcionarios y directores, agentes, delegados, empleados y contratistas de cualquiera y toda responsabilidad, reclamos y causas de acción con respecto a errores u omisiones de la empresa u organismo responsable del transporte de mi pedido.
5. Reconozco que compré mis medicamentos a nivel internacional para uso personal y entiendo que mis medicamentos pueden estar sujetos a la inspección fronteriza de Estados Unidos. Yo específicamente confirmo, reconozco y estoy de acuerdo que la titularidad de mis medicamentos pasa a mí cuando la farmacia seleccionada por CANARX envía mis medicamentos.
6. Reconozco que CANARX, como mi agente pagado, requiere pago completo antes de el envío y que mi pedido no podrá ser devuelto para recibir reembolso ni para efectuar cambio.

AVISO Y RECONOCIMIENTO DE PRIVACIDAD

Yo, doy mi consentimiento a los siguientes términos con respecto a la recopilación y uso de información sobre mí, y reconozco que puedo revisar la Política de privacidad de CANARX en detalle, tal como se indica a continuación:

1. CANARX puede recibir y recopilar toda la información sobre mí y mi salud, incluidos, sin limitarse, mi nombre completo, dirección, número de teléfono, correo electrónico, número de seguridad social, información médica personal e información de pago, y puede mantener dicha información en archivos según sea necesario para verificar y tramitar pedidos futuros y para obtener el pago y el reembolso por ellos. CANARX y los médicos y farmacéuticos seleccionados por CANARX pueden compartir toda y cualquier tipo de información recibida de o acerca de mí con mi médico de Estados Unidos, los médicos y farmacéuticos seleccionados por CANARX, y mi empleador o administrador del plan de beneficios, así como sus respectivos asistentes y agentes, a los efectos de la obtención de los medicamentos que se me hubiesen recetado y la obtención de los pagos apropiados por los medicamentos y los servicios relacionados.
2. Estoy consciente de que CANARX puede transmitir mi información personal por medios electrónicos (por ejemplo, fax, o través de Internet) a sus agentes, y a los médicos y las farmacias seleccionadas. Entiendo que el uso de medios electrónicos mejorará la eficiencia y la oportunidad de tramitar el pedido. También entiendo que CANARX, a cargo de la custodia de mi información personal, tomará todas las precauciones necesarias para proteger mi información personal de divulgación o uso indebido. Doy mi consentimiento a CANARX para transmitir mi información personal por medios electrónicos a sus delegados, empleados, médicos y farmacias seleccionadas.
3. Reconozco que CANARX obtendrá información sobre mi salud y está obligada de acuerdo con la Política de privacidad de CANARX a proteger dicha información. Puedo visitar www.canarx.com/privacy-policy en cualquier momento para ver la versión más actualizada de la política de privacidad de CANARX.

RECONOCIMIENTO Y LIBERACIÓN ADICIONAL

Yo, por la presente hago el siguiente reconocimiento adicional y libero al titular del plan, a sus empleados, funcionarios, agentes, herederos y cesionarios:

1. Reconozco que el titular del plan no me ha hecho ninguna declaración ni me ha otorgado garantía, incluidas, sin limitación, representaciones o garantías con respecto al uso para un propósito en particular de los medicamentos entregados (incluyendo, sin limitación, su idoneidad para curar o ayudar a aliviar cualquier dolencia en particular, enfermedad o trastorno, o sus efectos secundarios o adversos potenciales o reales ya sean conocidos o desconocidos previamente).
2. Reconozco que el embalaje de protección infantil no puede utilizarse para suministrar mi receta. Prometo que una vez que reciba la medicina tomaré todas las medidas necesarias para evitar que cualquier niño tenga acceso no autorizado a la medicina. Por este medio, libero a CANARX a todos sus oficiales, directores, agentes, delegados, empleados y contratistas, incluida la farmacia que dispense mi receta, de cualquier y todo reclamo que surja de o relativo al uso de, o del no uso, del embalaje protector de niños.
3. Libero al titular del plan, sus funcionarios, empleados, agentes, herederos y cesionarios de (i) cualquiera y toda causa de acción con respecto a errores u omisiones por parte de la empresa o agencia responsable del transporte de mi pedido; (ii) cualquiera y todas las causas de acciones con respecto a errores u omisiones de CANARX en la obtención de los medicamentos con receta para surtir mi pedido; (iii) cualquiera y todas las causas de las acciones relacionadas con el uso para cualquier propósito de cualquier medicamento entregado a través de este programa.