



Querido Cliente,

Gracias por su interés en el servicio de empaquetado de adherencia MiPak que ofrece Minnich's Pharmacy. Nuestro objetivo es simplificar el cumplimiento de la medicación para usted o sus seres queridos.

MiPak es una solución ideal para quienes toman múltiples medicamentos y requieren un horario de dosificación de medicamentos.

Cada ciclo de MiPak de 28 días incluye todos los medicamentos de rutina, que se organizan en paquetes perforados individuales de acuerdo con la dosis y la hora del día adecuadas para cada medicamento. Su primer ciclo de MiPak vendrá con una caja reutilizable en la que guardar su paquete. Suministraremos un nuevo rollo de paquetes con cada ciclo. Este paquete de inicio contiene más instrucciones sobre el uso de su MiPak.

Al comenzar con MiPak, las siguientes son algunas cosas clave para recordar:

- **Asegúrese de llevar el empaque de MiPak a las citas con su médico, ya que contiene una lista actualizada de sus medicamentos actuales (en el último paquete del rollo).**
- **Asegúrese de que usted o su médico nos notifiquen cualquier cambio en sus medicamentos. Si el paciente lo solicita, podemos volver a empaquetar sus medicamentos por una tarifa adicional; de lo contrario, se producirán cambios con su próximo ciclo.**

Agradecemos que confíe en Minnich's Pharmacy para brindarle a usted y a su familia nuestros servicios. Como farmacia independiente y de propiedad local, siempre es nuestro principal priorato defender y cuidar la salud de nuestra comunidad.

Revise y complete los formularios incluidos en este paquete de inicio y háganos saber si hay algo más que podamos hacer para ayudarle a comenzar con MiPak.

Gracias,

Deron Shultz,
CEO
Minnich's
Pharmacy





MiPak

FORMULARIO DE INICIO

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION POSTAL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO TELEFONICO: _____

Información de Seguro de Prescripción Médica

TIPO DE TARJETA: _____

ID#: _____ PCN #: _____

RX GROUP #: _____ BIN #: _____

DIRECCION DE ENVIO

☐ LO MISMO QUE ARRIBA

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____

NUMERO TELEFONICO: _____

INFORMACION DEL PACIENTE

MEDICO: _____

MEDICOS ESPECIALISTAS (SI ALGUNO): _____

METODO DE ENTREGA:

RECOGER

ENTREG

Envases de medicamentos alternativos (marque una casilla)

SEGUN NECESIDAD:

Blister

Viales

Warfarin/Coumadin

☐☐

Antibiotics

☐☐



Instrucciones para MiPak

Cada paciente recibirá un suministro de medicamentos para 28 días a la vez. Cada paquete de medicamentos tendrá la fecha y el tiempo adecuados para facilitar su uso. Utilice el envase con la fecha y hora correctas para cada administración. Los rellenos iniciales pueden contener menos de 28 días, ya que trabajaremos para alinear sus medicamentos con el ciclo de empaque.

Los paquetes de medicamentos están perforados para facilitar la separación. Para separar los paquetes por día y hora, rasgue por el lado no serrado. Esto evitará abrir accidentalmente los paquetes. Para abrir los paquetes de medicamentos, rasgue suavemente desde el lado dentado hasta que el contenido de los paquetes esté disponible. No intente abrir el paquete desde ningún otro lado ya que dificultará mucho la apertura.

Llame a la farmacia si tiene alguna pregunta.

Acuerdo de adhesión MiPak

El servicio de empaquetado de adherencia MiPak se proporciona a pedido del paciente o cuidador. Este servicio está diseñado para garantizar que los pacientes sigan cumpliendo con sus medicamentos. La adherencia a la medicación puede resultar beneficiosa para la salud del paciente al reducir las hospitalizaciones, lo que puede ayudar a reducir los costos generales de atención médica. MiPak también puede aliviar la carga de tiempo que implica manipular y clasificar los medicamentos. El empaque de adherencia se proporcionará en incrementos de 28 días. El paciente / cuidador acepta pagar los copagos mensuales o los costos de los medicamentos asociados con el empaque. Con este servicio solo se empaquetarán medicamentos sólidos de rutina por vía oral. No se incluirán medicamentos narcóticos, según sea necesario, o de corto plazo. Esos medicamentos se suministrarán en viales separados o en blísteres según la elección del paciente / cuidador.

Es responsabilidad del paciente / cuidador que su médico comunique cualquier cambio en los medicamentos del paciente. Todos los cambios se realizarán con el próximo ciclo. Si se solicita un reembalaje del ciclo actual, puede estar sujeto a una tarifa fija. El paciente / cuidador de la farmacia puede interrumpir este servicio en cualquier momento si surge la necesidad, sin embargo, el paciente / cuidador es responsable de cualquier cargo restante por copagos o medicamentos. Esperamos poder brindarle la mejor atención farmacéutica posible.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NUMERO TELEFONICO: _____

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL CUIDADOR: _____ NUMERO TELEFONICO: _____

FIRMA DEL CUIDADOR: _____ FECHA: _____

Your Health Advocates.
976 S George St, York, PA 17403
Ph: 717.848.2312 • Fax: 717.854.9501
www.myminnichs.com