



Plan de medicamentos recetados: _____

ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO POR FAX DESDE LA OFICINA DE UN MÉDICO PARA SER VÁLIDO. ¹⁶⁰

SECCIÓN DEL PACIENTE

Paciente: Para procesar su pedido, debe estar registrado con AllianceRx Walgreen Pharmacy.

Puede registrarse en línea en alliancerxwp.com/home-delivery.

AVISO IMPORTANTE: Los equivalentes genéricos son menos costosos que los medicamentos de marca. Si despachamos un medicamento de marca, es posible que deba pagar un copago más alto o la deferencia entre la marca y el precio genérico de cada medicamento. Si su médico lo permite, e entregaremos un equivalente genérico a menos que marque esta casilla. No acepto un equivalente genérico.

Después de que esté registrado, imprima su número de indentificación de miembro, BIN y PCN que figuran en su tarjeta de identificación, y su número de teléfono y dirección en el espacio a continuación. Entregue este formulario a su médico para que lo complete y nos envíe un fax.

Número de identificación de miembro _____ BIN _____ PCN _____
(Ubicado en la tarjeta) (Ubicado en la tarjeta) (Ubicado en la tarjeta)

Dirección del paciente _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono del paciente _____

SECCIÓN DEL MÉDICO

Médico: Envíe por fax este formulario completo a
AllianceRx Walgreens Pharmacy a 800-332-9581

Envíe las recetas de eRx a:
ALLIANCERX (MAIL SERVICE) WALGREENS PHARMACY
Tienda de pedidos por correo #03397
8350 S River Pkwy, Tempe, AZ 85284-2615

Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento [MM/DD/YYYY] _____

	Medicación	Fortaleza	Indicaciones	Cant.	# de reabastecimientos
Rx 1					
Rx 2					

Firme e indique la fecha: La mayoría de los planes de medicamentos recetados permiten un suministro de hasta 3 meses, con tres reabastecimientos. **NO VÁLDO PARA LAS PRESCRIPCIONES CII.** Fecha: _____

Firma del médico _____

- Por razones médicas, es necesario dispensar la marca específica del medicamento
- La sustitución por un medicamento genérico está permitida

NPI#: _____ DEA#: _____

Requerido para sustancias controladas

Nombre del médico (Imprimir) _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono del médico: _____ Fax del médico: _____

Marque la casilla si es un nuevo número de fax

INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL: La información de atención médica es información personal relacionada con el cuidado de la salud de una persona. Se le enviará por fax después de la autorización correspondiente o en circunstancias que no requieren autorización. Usted está obligado a guardarlo de manera segura y confidencial. Se prohíbe la divulgación de esta información a menos que lo permita la ley o se obtenga la autorización apropiada del paciente / cliente. La nueva divulgación no autorizada o la falta de confidencialidad podrían exponerlo a las sanciones descritas en las leyes federales y estatales. ADVERTENCIA IMPORTANTE: Este mensaje está destinado al uso de la persona o entidad a la que está dirigido y puede contener información privilegiada y confidencial, cuya divulgación se rige por la ley aplicable. Si el lector de este mensaje no es el destinatario previsto, o el empleado o agente responsable de entregarlo al destinatario previsto, se le notifica que cualquier difusión, distribución o copia de esta información está ESTRICTAMENTE PROHIBIDA. Si recibió este mensaje por error, avise de inmediato. Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.