

Prescription Drug Plan: \_\_\_\_\_

**THIS FORM MUST BE FAXED FROM A PRESCRIBER'S OFFICE TO BE VALID.**

**PATIENT SECTION**

**Patient:** To have your order processed, you must be registered with AllianceRx Walgreens Prime.

**You can register online at [alliancerox.com/home-delivery](http://alliancerox.com/home-delivery).**

**IMPORTANT NOTICE:** Generic equivalents are less expensive than brand name drugs. If we dispense a brand name drug, you may be responsible for a higher copayment and/or the difference between the brand and generic price of each drug. If allowed by your prescriber, we will dispense a generic equivalent unless you check this box.  I do not accept a generic equivalent.

After you are registered, please print your member ID number, BIN, and PCN listed on your ID card, and your phone number and address in the space below. Give this form to your prescriber to complete and fax to us.

Member ID Number *(located on card)* \_\_\_\_\_ BIN *(located on card)* \_\_\_\_\_ PCN *(located on card)* \_\_\_\_\_

Patient Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP Code \_\_\_\_\_ Patient Phone \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**PRESCRIBER SECTION**

**Prescriber:** Fax this completed form to **AllianceRx Walgreens Prime** at **800-332-9581**.

Transmit eRx prescriptions to: AllianceRx Walgreens Prime-MAIL-AZ  
Mail Order Store #03397 | 8350 S River Pkwy, Tempe, AZ 85284-2615

Patient Name \_\_\_\_\_ DOB [MM/DD/YYYY] \_\_\_\_\_

	Medication	Strength	Directions	Qty.	# of Refills
Rx 1					
Rx 2					

**Your signature and date are required.** Most prescription drug plans allow up to a 3 month supply with three refills. NOT VALID FOR CII PRESCRIPTIONS. DATE: \_\_\_\_\_

Prescriber Signature \_\_\_\_\_

Dispense as written Brand medically necessary  Generic substitution permitted

NPI#: \_\_\_\_\_ DEA#: \_\_\_\_\_  
Required for Controlled Substances

Prescriber Name (Please print) \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Prescriber Phone: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Prescriber Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Check box if this is a new fax number

CONFIDENTIAL HEALTH INFORMATION: Healthcare information is personal information related to a person's healthcare. It is being axed to you after appropriate authorization or under circumstances that don't require authorization. You are obligated to maintain it in a safe, secure and confidential manner. Redisclosure of this information is prohibited unless permitted by law or appropriate customer/patient authorization is obtained. Unauthorized redisclosure or failure to maintain confidentiality could subject you to penalties described in federal and state laws. IMPORTANT WARNING: This message is intended for the use of the person or entity to whom it is addressed and may contain information that is privileged and confidential, the disclosure of which is governed by applicable law. If the reader of this message is not the intended recipient, or the employee or agent responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination, distribution or copying of this information is STRICTLY PROHIBITED. If you have received this message in error, please notify us immediately,

Plan de medicamentos recetados: \_\_\_\_\_

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

## SECCIÓN DEL PACIENTE

**Paciente:** Para procesar su pedido, debe estar registrado con AllianceRx Walgreens Prime.

**Puede registrarse en línea en [alliancerxwp.com/home-delivery](http://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 diferencia 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 identificación 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 *(Ubicado en la tarjeta)* \_\_\_\_\_ BIN *(Ubicado en la tarjeta)* \_\_\_\_\_ PCN *(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 Prime at 800-332-9581.**

Envíe las recetas de eRx a: AllianceRx Walgreens Prime-MAIL-AZ  
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					
	Medicación	Fortaleza	Indicaciones	Cant.	# de reabastecimientos
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 VÁLIDO 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, avísenos de inmediato.

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.  
© 2019 AllianceRx Walgreens Prime. Todos los derechos reservados.