



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.

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, le 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 al 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					
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.