PARA:_____ FECHA:_____

DIRECCIÓN:_____ TELÉFONO:_____

℞

No se permiten órdenes por fax para recetas de CII
Se aceptan órdenes por fax únicamente en Walgreens Mail Service

Dr: _____ Dr: _____
FAVOR DE SURTIR COMO ESTÁ ESCRITO — PUEDE SER SUSTITUIDO POR UN EQUIVALENTE GENÉRICO QUE ESTÉ PERMITIDO

NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

RESURTIDO_____VECES DIRECCIÓN:_____

NÚMERO DE DEA _____ TELÉFONO:_____

PARA:_____ FECHA:_____

DIRECCIÓN:_____ TELÉFONO:_____

℞

No se permiten órdenes por fax para recetas de CII
Se aceptan órdenes por fax únicamente en Walgreens Mail Service

Dr: _____ Dr: _____
FAVOR DE SURTIR COMO ESTÁ ESCRITO — PUEDE SER SUSTITUIDO POR UN EQUIVALENTE GENÉRICO QUE ESTÉ PERMITIDO

NOMBRE DEL MÉDICO (EN LETRA DE IMPRENTA): _____

RESURTIDO_____VECES DIRECCIÓN:_____

NÚMERO DE DEA _____ TELÉFONO:_____

F2041/12-07

FORMATO PARA ÓRDENES POR FAX

Presbyterian Health Plan

INTERCOM: PHS UPI NO.: PRB 001 1 0 9

MÉDICO: Favor de enviar por fax el formulario completamente llenado a: **Walgreens Mail Service 1-800-332-9581.**
AL PACIENTE: Por favor haga todo lo posible por obtener una nueva receta escrita por su médico y envíela con un formulario para ordenar y con el pago a:

Walgreens Mail Service, P.O. Box 29061, Phoenix, AZ 85038-9061

Centro de Atención al Cliente: 1-800-345-1985 (Número para personas con problemas auditivos: 1-800-573-1833)

Si usted no puede hacer una cita con su médico, siga estos pasos:

- Llene completamente las secciones debajo y utilice sólo **tinta negra**.
  Al momento de presentar este formulario se requiere un número de tarjeta de crédito.
- Pida a su médico que suministre la información solicitada sobre la receta utilizando el formulario de recetas para médicos.
- Pida a su médico que envíe por fax este formulario al número que aparece en la parte superior.
  IMPORTANTE: Para que tenga validez, la receta debe ser enviada por fax desde el consultorio del médico.
- Por favor espere 2 semanas para el envío de los medicamentos a partir de la fecha en que su médico envió su receta por fax.

NOTA IMPORTANTE: Al remitir este formulario, usted ha autorizado a Walgreens Mail Service (y otras entidades necesarias) a que divulge toda la información que se requiera para procesar sus recetas y resurtidos, de acuerdo con su plan de beneficios.

INFORMACIÓN SOBRE EL SUSCRIPTOR

Número de identificación (localizado en tarjeta de la identificación)

Número de Grupo	Fecha de nacimiento
PHS	/ /

Nombre (de pila, apellido)	Dirección de correo electrónico

Dirección de envío (por favor, no utilice apartado postal)	Teléfono durante el día ( )

Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono durante la noche ( )

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre (de pila, apellido si es diferente del asegurado)	☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento / /

Dirección de correo electrónico

ALERGIAS DEL PACIENTE:	AFECCIONES MÉDICAS DEL PACIENTE:
☐ Ninguna conocida ☐ 32-Codeína	☐ Ninguna conocida ☐ 200-Diabetes ☐ 300-Hypertension
☐ 70-Penicilina ☐ 87-Sulfa	☐ 400-Enfermedad cardiaca ☐ 500-Glaucoma
☐ 93-Tetraciclina	☐ 600-Trastornos estomacales ☐ 700-Enfermedad de la tiroides
☐ Otra (enliste):	☐ 800-Artritis ☐ Otra (enliste):

Nombre del médico	Teléfono del médico ( )

INFORMACIÓN SOBRE PAGOS

NOTA IMPORTANTE: Es una práctica farmacéutica estándard sustituir los medicamentos de marca por equivalentes genéricos, siempre que sea posible. Walgreens Mail Service le surtirá un equivalente genérico aprobado por la FDA siempre que esté disponible, que su médico lo autorice y la ley lo permita. Si no desea un equivalente genérico, por favor llame a nuestro teléfono Centro de Servicio al Cliente.

NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO (VISA, MasterCard, Discover, American Express) LA TARJETA DE CRÉDITO SE VENCE EN

/