

Formulario de fax del prescriptor del servicio de correo



Plan de medicamentos recetados: _____

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

SECCIÓN DEL PACIENTE

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.

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

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 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