

NUEVAS RECETAS: envíe por correo sus nuevas recetas con este formulario.

RECARGAS - Indique las recetas a resurtir en la Sección

<b>1 FORMACIÓN DEL SEGURO</b>		
<b>Número de identificación:</b>	<b>Grupo#:</b>	<b>RxBIN #:</b>
<b>Empleador del titular de la tarjeta:</b>		
<b>Si sus recetas se presentarán bajo compensación laboral, proporcione la fecha de su lesión:</b> MM / DD / YYYY		
<b>2 FORMACIÓN DEL PACIENTE</b> <input type="radio"/> Consultar español		
<b>Nombre del paciente:</b> Primero Último Sufijo (JR, SR)		
<b>Fecha de nacimiento:</b> MM / DD / YYYY	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	<input type="radio"/> Consulta aquí las tapas Easy Open
<b>Dirección de casa:</b> Apt./Suite #		
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código postal:</b>
<b>Teléfono durante el día#:</b> ( ) -	<b>Teléfono alternativo#:</b> ( ) -	
<b>Teléfono móvil#:</b> ( ) -	<input type="radio"/> Marque para recibir notificaciones y alertas por mensaje de texto	
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	<input type="radio"/> Marque para recibir notificaciones y alertas por correo electrónico	
<b>El nombre del doctor:</b>	<b>Número de teléfono del médico:</b> ( ) -	

Complete la siguiente información médica si es un paciente nuevo o si la información ha cambiado:

<b>Alergias:</b> <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Aspirin <input type="radio"/> Cephalosporin <input type="radio"/> Codeine <input type="radio"/> Erythromycin <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> NSAIDs <input type="radio"/> Peanuts <input type="radio"/> Penicillin <input type="radio"/> Sulfa <input type="radio"/> Other: _____		
<b>Condiciones médicas:</b> <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Acid Reflux <input type="radio"/> Anxiety <input type="radio"/> Arthritis <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Depression <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Heart Disease <input type="radio"/> High Blood Pressure <input type="radio"/> High Cholesterol <input type="radio"/> Migraines <input type="radio"/> Osteoporosis <input type="radio"/> Prostate <input type="radio"/> Thyroid <input type="radio"/> Other: _____		
<b>Enumere otros medicamentos que toma y que no se surten en Prescription Mart (incluidos los suplementos de venta libre):</b>		
Prescription Mart puede sustituir medicamentos genéricos aprobados por la FDA por medicamentos de marca, a menos que usted o su médico especifiquen lo contrario. Si NO desea medicamentos genéricos, debe proporcionar instrucciones específicas (incluidos los nombres de los medicamentos) a continuación. El rechazo de genéricos puede afectar su copago.		

<b>3 FORMACIÓN DE RELLENADO DE RECETAS:</b>	
Para solicitar resurtidos de recetas, escriba el número de receta y el nombre del medicamento a continuación.	
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.

<b>4 FORMACIÓN DE PAGO:</b>	<b>CANTIDAD AUTORIZADA: \$</b> _____		
<i>Si su copago es de \$0, no necesita proporcionar información de pago.</i>			
<input type="radio"/> Llámame para información de pago.			
<input type="radio"/> Se adjunta cheque o giro postal (a nombre de: Prescription Mart). Escriba su número de identificación de miembro en su cheque. Prescription Mart puede cobrar hasta \$25 por cheques devueltos.			
<input type="radio"/> Cargar la tarjeta de crédito			
<input type="radio"/> Registrada aplicar saldo de crédito a este pedido			
<input type="radio"/> Por favor cargue la siguiente tarjeta:			
<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard	<input type="checkbox"/> Discover	<input type="checkbox"/> American Express
Número de Tarjeta de Crédito: _____		Código postal de facturación: _____	
Nombre como aparece en la tarjeta: _____			
<input type="radio"/> Mantenga este método de pago registrado para futuros pedidos. <input type="radio"/> Utilice este método de pago solo una vez			

**NO ENVIE EFECTIVO**

**FIRMA DE CREDITO:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

<b>5 Dirección de envío ( si es diferente de la dirección particular en la sección 2)</b>		
Primer Nombre		Apellido
Nombre de la compañía (si aplica)		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
<input type="radio"/> Marque aquí si desea que usemos esta dirección de envío solo para este pedido y no para pedidos futuros.		
<input type="radio"/> Marque aquí si desea que nos comuniquemos con usted para programar el envío acelerado a su cargo.		
<i>Si sus medicamentos requieren un manejo especial, un miembro del equipo se comunicará con usted para informarle cuándo se espera la entrega.</i>		

<b>6 CERTIFICACION</b>	
Certifico que la información del paciente ingresada en este formulario es correcta y que el paciente nombrado es elegible para recibir beneficios según el Programa de medicamentos recetados. Por la presente asigno a la farmacia proveedora cualquier pago adeudado de conformidad con esta transacción y transacciones futuras y autorizo el pago directamente a la farmacia proveedora. También autorizo la divulgación de toda la información relacionada con el reclamo al administrador del plan, asegurador, patrocinador, titular de la póliza y empleador de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA).	
<b>FIRMA DEL PACIENTE:</b> _____	<b>FECHA:</b> _____