

Formulario de solicitud de prescripción en Arkansas

Complete el siguiente formulario y envíelo por fax a la farmacia Saint John (318) 807-1079



Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento: _____ Numero miembro de ID: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Tel. de casa: _____ Celular: _____ Otro: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Número de la Seguridad Social: _____

Alergias: _____

Utilizar mi tarjeta de crédito para pagar cualquier cargo de transferencia y envío de mis medicamentos.

Puede llamar a la farmacia Saint John al (888) 316-4354 con la información de su prescripción para transferir sus medicamentos. Podemos cobrarle a su tarjeta de débito o crédito la cantidad aplicable al copago y los gastos de envío. **Para los miembros de Vantage, el envío es gratis.** Considere un lapso de 48 horas para la transferencia y el procesamiento de las recetas, y de 4 a 5 días adicionales para su entrega a través del Servicio Postal de Estados Unidos. No se podrán enviar por correo medicamentos controlados, artículos que necesiten refrigeración ni ningún medicamento para enfermedades agudas.

Nombre del medicamento: _____ Número de la receta: _____

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Nombre del medicamento: _____ Número de la receta: _____

Nombre y número de teléfono de la farmacia: El mismo _____

Nombre del medicamento: _____ Número de la receta: _____

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Nombre del medicamento: _____ Número de la receta: _____

Nombre y número de teléfono de la farmacia: El mismo _____

Nombre del medicamento: _____ Número de la receta: _____

Nombre y número de teléfono de la farmacia: _____

Si tiene más recetas, utilice el reverso de esta página o adjunte otra página con la información para cada una.

Marque aquí si prefiere el medicamento genérico equivalente, que suele ser más económico, en lugar de la marca recetada, siempre que esté disponible.

Información de facturación

Tipo de pago: Visa® MasterCard® Discover® American Express®

Número de la tarjeta de crédito: _____ Fecha de vencimiento: _____

Con mi firma al pie, autorizo a la farmacia Saint John para que utilice la información de la tarjeta de crédito indicada, para el pago de cualquier saldo adeudado.

Firma del titular X _____

Fecha: _____

