



PRESCRIPTION FAX FORM

33381 Walker Road • PO Box 166 • Avon Lake, Ohio 44012

FORM INSTRUCTIONS

PATIENT INSTRUCTIONS: In all cases, you should obtain a new written prescription from your physician and mail it to us with the enclosed Registration & Prescription Order Form. If this is not possible, follow these steps to have your physician submit your prescription directly to IPS:

1. Complete the sections below using black ink only
2. Have your doctor fill out the specific prescription information
3. Have your doctor fax the completed form to Immediate Pharmaceutical Services, Inc., (IPS), at 1-800-893-2299
4. Allow 2 weeks for delivery

NOTE: The prescription form must be faxed from your doctor's office in order to be valid.

Please ensure you have a credit card on file for the processing of payment for your order. By having your physician submit this form, you are authorizing IPS to charge your card. If you are unsure of the copayment for the following prescription, you may obtain prescription copayment information in advance, by calling 1-800-763-0044.

Physician Name: _____

Faxed By: _____

Physician Telephone #: _____

Physician Fax #: _____

IPS Telephone: 1-800-763-0044 (Option "7" for a Pharmacist)

IPS Fax: 1-800-893-2299

By providing this form, you have authorized release of all information to Immediate Pharmaceutical Services, Inc., as needed to process your prescription and refills.

PRESCRIPTION INFORMATION

Physician Name: _____

Office Telephone: _____

Patient Name: _____

Patient Telephone: _____

Member ID #: _____

Patient DOB: _____

This section is to be completed by the prescriber.

Medication Name: _____ Strength: _____

Quantity: _____

Directions: _____

Refills: _____

MD Signature: _____

DEA Number: _____ Date: _____

PHYSICIAN INSTRUCTIONS: Please FAX completed form back to IPS pharmacy.

CONFIDENTIALITY NOTICE: THE INFORMATION IN THIS TRANSMITTAL IS CONFIDENTIAL AND INTENDED ONLY FOR THE RECIPIENT LISTED ABOVE. IF YOU ARE NEITHER THE INTENDED RECIPIENT NOR A PERSON RESPONSIBLE FOR DELIVERING THIS TRANSMITTAL TO THE INTENDED RECIPIENT, YOU ARE HEREBY NOTIFIED THAT ANY DISTRIBUTION OR COPYING OF THIS TRANSMITTAL IS PROHIBITED. IF YOU RECEIVE THIS TRANSMITTAL IN ERROR, PLEASE IMMEDIATELY NOTIFY US AND RETURN THE TRANSMITTAL TO US AT OUR EXPENSE.



FORMULARIO DE ENVÍO DE RECETA POR FAX

33381 Walker Road • P.O. Box 166 • Avon Lake, Ohio 44012

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: En todos los casos, debe solicitarle a su médico una nueva receta y enviarla junto con el *Formulario de inscripción y pedido de medicamento de venta con receta* adjunto. Si esto no es posible, siga estos pasos para lograr que su médico envíe su receta directamente a Immediate Pharmaceutical Services, Inc. (IPS):

1. Complete las siguientes secciones sólo con tinta negra.
2. Haga que su médico complete la información específica de la receta.
3. Haga que su médico envíe por fax el formulario completo a IPS al 1-800-893-2299.
4. Espere dos semanas para recibir el envío.

NOTA: Para que sea válido, el formulario de pedido de medicamentos de venta con receta debe enviarse por fax desde el consultorio de su médico.

Asegúrese de tener registrada una tarjeta de crédito para procesar el pago de su pedido. Al hacer que su médico envíe este formulario, usted está autorizando a IPS a cobrar el pago desde su tarjeta. Si no está seguro del copago para la siguiente receta, puede llamar antes al 1-800-763-0044 y obtener información acerca del copago.

Nombre del médico: _____ Enviado por: _____

Número de teléfono del médico: _____ Número de fax del médico: _____

Teléfono de IPS: 1-800-763-0044 (Opción 7 para comunicarse con un farmacéutico) **Número de fax de IPS: 1-800-893-2299**

Mediante este formulario, usted autoriza la divulgación de todo tipo de información a IPS, según sea necesario, para procesar sus recetas y reabastecimientos.

INFORMACIÓN DE LA RECETA

Nombre del médico: _____

Número de teléfono del consultorio: _____

Nombre del paciente: _____

Número de teléfono del paciente: _____

Número de identificación del miembro: _____

Fecha de nacimiento del paciente: _____

Esta sección debe completarla el médico.

Nombre del medicamento: _____ Concentración: _____

Cantidad: _____

Indicaciones: _____

Reabastecimientos: _____

Firma del médico: _____

Número de DEA: _____ Fecha: _____

INDICACIONES DEL MÉDICO: Envíe por fax el formulario completo a la farmacia de IPS.

AVISO DE CONFIDENCIALIDAD: LA INFORMACIÓN DE ESTA TRANSMISIÓN POR FAX ES CONFIDENCIAL Y ESTÁ DIRIGIDA SÓLO AL DESTINATARIO MENCIONADO ANTERIORMENTE. POR EL PRESENTE SE INFORMA QUE QUEDA PROHIBIDA LA DISTRIBUCIÓN O COPIA DE ESTA TRANSMISIÓN SI USTED NO ES EL DESTINATARIO ESPECIFICADO DE ESTA TRANSMISIÓN NI LA PERSONA RESPONSABLE DE ENTREGARLA AL DESTINATARIO ESPECIFICADO. SI RECIBE ESTA TRANSMISIÓN POR ERROR, INFÓRMENOS DE INMEDIATO Y ENVÍENOS LA TRANSMISIÓN A NUESTRO CARGO.