



# Solicitud de Nueva Receta del Cliente

Postal Prescription Services  
PO Box 2718  
Portland, OR 97208-2718  
Teléfono: 800-552-6694  
www.ppsrx.com

A subsidiary of The Kroger Co.

## Información del Paciente

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono preferido: \_\_\_\_\_ # de identificación de aseguranza: \_\_\_\_\_

Alergia(s): \_\_\_\_\_ Condición(es) médica(s): \_\_\_\_\_

## Información de la(s) Receta(s)

- Nueva(s) receta(s) incluida(s)
- Transferir receta(s) de otra farmacia
- Llamar al médico para nueva(s) receta(s)

### Información de Aseguranza

Número de Grupo: \_\_\_\_\_  
 Número BIN: \_\_\_\_\_  
 PCN: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de Receta	Nombre de la Medicina	Dosis	Nombre y Teléfono de la Farmacia	Nombre y Teléfono del Medico

Mandar la forma completa y su(s) receta(s) nueva(s) por correo a la dirección de la farmacia ubicada en la parte superior de esta forma. Usted debe recibir su orden entre 7 a 10 días hábiles después de que recibimos sus formas/recetas. La farmacia PPS le llamará al número de su preferencia si hay algún problema en preparar su(s) receta(s). La farmacia PPS le notificará automáticamente por mensaje de texto o llamada cuando su orden sea enviada. Por favor, selecciona el método de notificación preferido marcando la casilla correspondiente y escriba la información necesaria.

Correo electrónico  Mensaje de texto:  Teléfono:

Gracias. ¡Agradecemos su preferencia!

