

Forma de Receta Medica y Solicitud de Envío
METHYLCOBALAMIN (B12)

Farmacia

Farmacia y Centro de Compuesto Hopewell
Gene Ragazzo, Pharmacy Manager
1 West Broad Street
Hopewell, NJ 08525
info@hopewellrx.com
Tel 1-800-792-6670, ext 3
Fax 1-800-417-3864

Información de paciente

Nombre:
Dirección :
Ciudad, Estado, Código Postal:
Tel.:
Fecha de Nacimiento:

Información de Seguros

Compañía:
Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:
Tel. :
Numero de Póliza:
Numero de Grupo:

Información de receta

Methylcobalamin 25 mg/1mL (pH 2.7-3.0) para inyección intramuscular para uso múltiple (30 dosis)
Frasco re-inyectable , será enviado con 30 o mas jeringas de un solo uso de 1" IM. Rellene 11 veces.
Envío inicial _____ meses (especifique 1, 2 o 3 meses).

Firma de Medico

Fecha

Nombre de Medico:
Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono:
Numero de Licencia:

NOTA PARA HOPEWELL:

Si es pagado por seguro, por favor provea jeringas precargadas.
Si es autopagado, entonces provenga 30 dosis de frascos re-inyectables y vacías de solo uso.
Use 1" IM jeringas al menos que esta pedido por el paciente.

ALS WORLDWIDE es una organización sin ganancias que ofrece ayuda para familias con ALS internacionalmente con investigaciones científicas de interpretación, advocación individual de pacientes y activismo de la comunidad.

