

IV. 處方藥資訊

每份處方藥皆需附上一份處方藥標籤。
也請將您的藥房收據附加於本表格內。

藥房名稱：		藥房地址：	
RX 號碼：	續藥日期： ___/___/___	數量：	
RX 名稱及強度：		藥劑天數（30、60、90）：	
NDC#：	DAW：	價錢：	意見：
藥房名稱：		藥房地址：	
RX 號碼：	續藥日期： ___/___/___	數量：	
RX 名稱及強度：		藥劑天數（30、60、90）：	
NDC#：	DAW：	價錢：	意見：

重要！必須簽署本表格。

請於此簽名並填入日期：我保證上述資料正確無誤，且上方所列藥品為我本人所使用或由我接受上述藥品並符合會員資格的親屬所使用，我允許釋出本申訴表格內含之所有資訊給 Pharmacy Services 及我的計畫贊助者。

簽名： _____

簽名日期： _____