



Plan de medicamentos recetados: _____

Use este formulario para registrar o enviar su primer pedido de receta. **También puede registrarse en alliancerxwp.com/home-delivery. NO ADJUNTE nada con grapas, cinta o clips a este formulario.**

Imprima claramente usando solo **letras y MAYÚSCULAS** EN TINTA NEGRA. Llena completamente los círculos que correspondan (•).
Es posible que no se necesiten todas las casillas de identificación y número de grupo.

INFORMACIÓN DE MIEMBRO		<input type="radio"/> Masculino	Fecha de nacimiento [DD/MM/AAAA] <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="radio"/> Femenino		
Número de identificación de miembro <small>(Ubicado en la tarjeta)</small>		Dirección de correo electrónico <small>(Para recibir información sobre el procesamiento de su pedido)</small>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Sufijo <small>(Si está en la tarjeta)</small>	BIN <small>(Ubicado en la tarjeta)</small>	PCN <small>(Ubicado en la tarjeta)</small>	Número de grupo (Rx Group) ubicado en la tarjeta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido		Nombre	Celular	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Dirección permanente Línea 1		Teléfono de trabajo		
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección permanente Línea 2		Teléfono de casa		
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	ID del gobierno <small>(La mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias Rx controladas por ley)†</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido del médico	Primera inicial del médico	Teléfono del médico	Fax del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

MIEMBRO			Opciones de pago
Allergies	Health Conditions	Order Preference	
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Derivados de codeína <input type="radio"/> Derivados de morfina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Drogas Sulfa <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro <small>(Use las líneas a continuación)</small> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Other <small>(Use líneas a la derecha)</small> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Etiquetas de viales de impresión grande <input type="radio"/> Etiquetas de viales españolas <input type="radio"/> Reabastecimiento automático‡ ‡ <i>Complete este círculo si desea que rellenemos sus recetas automáticamente en el futuro.</i> <input type="text"/>	<p>**No envíe dinero en efectivo** Aceptamos cheques y tarjetas de crédito. Los cheques deben hacerse a nombre de AllianceRx Walgreens Prime</p> <p>Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.</p> <p>Visite alliancerxwp.com/home-delivery para pagar con tarjeta de crédito.</p> <p>Deberá crearse una cuenta: diríjase a Settings & Payment (Configuración y pago), y después a Payment Methods (Métodos de pago) para ingresar un número de tarjeta de crédito.</p> <p>También puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente al 800-345-1985 para obtener ayuda.</p>

†Licencia de conducir, número de identificación del estado, número de seguro social, identificación militar o identificación del pasaporte.



INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

- Masculino
- Femenino

Fecha de nacimiento [MM/DD/YYYY] / /

Para despachar órdenes por separado, por favor comuníquese gratis con el Centro de Atención al Cliente al 800-345-1985.

Apellido del dependiente

Nombre del dependiente

Sufijo (Si está en la tarjeta)

Dirección de correo electrónico (Para recibir más información sobre el procesamiento de su orden)

Apellido del médico

Primera inicial del médico

Teléfono del médico --

Fax del médico --

DEPENDIENTE

Alergias	Afecciones médicas	Orden de preferencia
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Drogas Sulfa <input type="radio"/> Derivativos de codeína <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Derivativos de morfina <input type="radio"/> Otra <small>(Use líneas abajo)</small> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca <input type="radio"/> Ninguna conocida <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Embarazo <small>(Use líneas abajo)</small> <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Frascos de etiquetas en letra grande <input type="radio"/> Frascos de etiquetas en español <input type="radio"/> Reabastecimiento automático‡ ‡ <i>Complete este círculo si desea que rellenemos sus recetas automáticamente en el futuro.</i>

INFORMACIÓN DEL PEDIDO—Si incluye una orden de receta, por favor complete esta sección.

Esperen 10 días hábiles desde el momento en que realiza su pedido para recibir su (s) receta (s). Se incluirá un formulario de pedido de reabastecimiento y un sobre de devolución con su envío.

Los equivalentes genéricos generalmente son menos costosos que los medicamentos de marca. Si despachamos un medicamento de marca, es posible que deba pagar un copago más alto o la diferencia entre la marca y el precio genérico de cada medicamento. Si su médico lo permite, le entregaremos un equivalente genérico a menos que marque esta casilla. No acepto un equivalente genérico. Al enviar este formulario, usted ha autorizado la divulgación de toda la información a AllianceRx Walgreens Prime (y a otras partes necesarias) según se requiera para procesar su pedido conforme a su plan de beneficios.

Número total de recetas en esta orden

Envío estándar **SIN CARGO**

Siguiente día hábil (\$19.95†) \$

2nd día hábil (\$12.95†) \$

Total Payment Enclosed.....\$

Escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas; adjúntelos junto con este formulario completo y envíelo por correo a:

AllianceRx Walgreens Prime
Apartado de correos 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

†Los precios de envío pueden estar sujetos a cambios por parte del transportista sin previo aviso y pueden variar según el peso y la zona.