



Plan de medicamentos recetados: _____

Use este formulario para registrar o enviar su primer pedido de receta. También puede registrarse en www.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

- Masculino
- Femenino

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /

Número de identificación de miembro (Ubicado en la tarjeta)

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

Sufijo (Si está en la tarjeta) BIN (Ubicado en la tarjeta) PCN (Ubicado en la tarjeta) Número de grupo (Ubicado en la tarjeta)

Apellido Nombre Celular - -

Dirección permanente Línea 1 Teléfono de trabajo - -

Dirección permanente Línea 2 Teléfono de casa - -

Ciudad Estado Código postal ID del gobierno (La mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias Rx controladas por ley)[†]

Apellido del médico Primera inicial del médico Teléfono del médico - - Fax del médico - -

MIEMBRO		
Alergias	Condiciones de salud	Preferencia de orden
<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 (Use las líneas a continuación) _____	<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"/> Otro (Use líneas a la derecha) _____	<input type="radio"/> Etiquetas de viales de impresión grande <input type="radio"/> Etiquetas de viales españolas <input type="radio"/> Reabastecimiento automático‡ ‡ Complete este círculo si desea que rellenemos sus recetas automáticamente en el futuro. <input type="radio"/> _____

Opciones de pago

****No envíe dinero en efectivo**** Aceptamos cheques y tarjetas de crédito.

Los cheques deben hacerse a nombre de AllianceRx Walgreens Prime

Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.

Visite www.alliancerxwp.com/home-delivery para pagar con tarjeta de crédito.

Deberá crearse una cuenta: dirijase a Settings & Payment (Configuración y pago), y después a Payment Methods (Métodos de pago) para ingresar un número de tarjeta de crédito.

También puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente al 800-345-1985 para obtener ayuda.

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



INFORMACIÓN DEPENDIENTE

- Masculino
- Femenino

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /

Para envíos separados, 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		Condiciones de salud			Preferencia de orden	
<input type="radio"/> Aspirina	<input type="radio"/> Penicilina	<input type="radio"/> Artritis	<input type="radio"/> Enfermedad cardíaca	<input type="radio"/> Ninguno conocido	<input type="radio"/> Etiquetas de viales de impresión grande	<input type="radio"/> Etiquetas de viales españolas
<input type="radio"/> Cefalosporina	<input type="radio"/> Drogas Sulfa	<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Hipertensión	<input type="radio"/> Otro (Use las líneas a continuación)		
<input type="radio"/> Derivados de codeína	<input type="radio"/> Ninguno conocido	<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Embarazo			
<input type="radio"/> Derivados de morfina	<input type="radio"/> Otro (Use las líneas a continuación)	<input type="radio"/> Glaucoma	<input type="radio"/> Enfermedad de tiroides			
<hr/>		<hr/>				

INFORMACIÓN DEL PEDIDO: Si incluye una orden de prescripción, complete esta sección.

Espere 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 †) \$
 2° día hábil(\$12.95†) \$
 Pago total adjunto \$

Escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas; adjúntelos junto con este formulario completo y envíelos 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.