



Plan de medicamentos recetados: Blue Cross and Blue Shield of Illinois

Use este formulario para inscribirse/remitir su primera orden de receta. También puede inscribirse en: Walgreens.com/PrimeMail (en inglés). **NO** grape, pegue con cinta adhesiva o enganche con un clip nada a este formulario.

Por favor, escriba claramente usando sólo TINTA NEGRA y letras en MAYÚSCULAS. Rellene completamente los círculos correspondientes (●). **No todas las casillas de identificación y números de grupo se necesitan.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		<input type="radio"/> Hombre	Fecha de nacimiento [DD/MM/AAAA] <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="radio"/> Mujer		
Número de ID del miembro <i>(Ubicado en la tarjeta)</i>		Dirección electrónica <i>(Para recibir información sobre el procesamiento de su pedido)</i>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Sufijo <i>(Si está en la tarjeta)</i>	BIN <i>(Ubicado en la tarjeta)</i>	PCN <i>(Ubicado en la tarjeta)</i>	Número de grupo <i>(Ubicado en la tarjeta)</i>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido	Nombre	Teléfono de celular	Mensaje de texto* <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección permanente línea 1		Teléfono del trabajo		
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección permanente línea 2		Teléfono del hogar		
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	ID de gobierno <small><i>(En la mayoría de los estados se requiere identificación para recetas médicas de sustancias controladas por la ley)†</i></small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido del que recetó el medicamento	Primera inicial del que recetó el medicamento	Teléfono del doctor o la persona que recetó el medicamento	Número de fax del doctor o la persona que recetó el medicamento	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

PACIENTE			Opciones de pago
Alergias	Afecciones médicas	Orden de preferencia	<p>**No envíe dinero en efectivo** Aceptamos cheques y tarjetas de crédito.</p> <p>Los cheques deben hacerse a nombre de Walgreens Servicio de Correo</p> <p>Walgreens acepta Visa, MasterCard, Discover y American Express.</p> <p>Visite Walgreens.com/PrimeMail 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 877-357-7463 para obtener ayuda.</p>
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Derivativos de codeína <input type="radio"/> Derivativos de morfina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Medicamentos sulfa <input type="radio"/> Ninguna conocida <input type="radio"/> Otra <i>(Use líneas abajo)</i> <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 la tiroides <input type="radio"/> Ninguna conocida <input type="radio"/> Otra <i>(Use líneas a la derecha)</i> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Frascos de etiquetas en letra grande <input type="radio"/> Frascos de etiquetas en español	

*Tarifas estándar para mensaje de texto y los cargos usuales podrían aplicar.
†Licencia de manejar, número de ID del estado, número de Seguro Social, ID militar o ID de pasaporte.



INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

- Hombre
- Mujer

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

Para despachar órdenes por separado, por favor comuníquese gratis con el Centro de Atención al Cliente al 877-357-7463.

Apellido del dependiente

Nombre del dependiente

Sufijo (Si está en la tarjeta)

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

Apellido del que recetó el medicamento

Primera inicial del que recetó el medicamento

Teléfono del doctor o la persona que recetó el medicamento

Número de fax del doctor o la persona que recetó el medicamento

DEPENDIENTE

Alergias	Afecciones médicas	Orden de preferencia
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Derivativos de codeína <input type="radio"/> Derivativos de morfina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Medicamentos sulfa <input type="radio"/> Ninguna conocida <input type="radio"/> Otra (Use líneas abajo)	<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 la tiroides <input type="radio"/> Ninguna conocida <input type="radio"/> Otra (Use líneas abajo)	<input type="radio"/> Frascos de etiquetas en letra grande <input type="radio"/> Frascos de etiquetas en español

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

Por favor permita 10 días laborables desde el momento que hace la orden para recibir su medicamento(s). Se le enviará un formulario para la orden de repetición del medicamento conjunto con un sobre con su pedido.

Medicamentos genéricos son generalmente menos costosos que el medicamento de marca. Si llenamos un medicamento de marca, usted puede ser responsable de un copago más alto o la diferencia entre el medicamento de marca y genérico. Si es permitido por su médico, vamos llenar su receta a un equivalente genérico al menos que marque esta caja. Yo no acepto el equivalente genérico.

Al remitirnos este formulario, usted ha autorizado a divulgar toda la información que se requiera para procesar sus recetas bajo su plan de beneficios a Walgreens (y otras entidades necesarias).

Número total de recetas en este pedido..... []

Total incluido para el copago(s) \$ []

Envío regular

Al siguiente día laboral (\$19.95 †)

En dos días laborables (\$12.95 †)

LIBRE DE COSTO

\$ []

\$ []

Total a pagar..... \$ []

Por favor, escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas sus recetas médicas, adjúntelas con este formulario completado y envíelo a:

Walgreens Servicio de correo
P.O. Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

† Los precios de envío pueden cambiar en base a la compañía sin previa notificación y pueden variar dependiendo del peso y la zona.