



Plan de medicamentos de venta con receta: _____

Use este formulario para inscribirse y enviar su primer pedido de receta. También puede inscribirse en www.alliancerxwp.com/home-delivery. NO abrahe, pegue ni le coloque clips a este formulario. Escriba solo con TINTA NEGRA y letra MAYÚSCULA. Llene por completo los círculos que correspondan (•).

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO: Es posible que algunos casilleros de identificación y números de grupo no sean necesarios.

Número de identificación del beneficiario (ubicado en la tarjeta)	Sufijo (si está en la tarjeta)	Nombre del grupo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

BIN de la receta	PCN de la receta	Nombre del plan (obligatorio)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____

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

Apellido	Nombre	Número de celular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Línea 1 del domicilio permanente	Teléfono laboral
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Línea 2 del domicilio permanente	Teléfono del domicilio
<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

Ciudad	Estado	Código postal	Identificación emitida por el gobierno†
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Apellido del médico solicitante	Inicial del nombre de pila del médico solicitante	Teléfono del médico solicitante
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Fax del médico solicitante		
<input type="text"/>		

†La mayoría de los estados exigen una identificación (licencia de conducir, número de identificación estatal, número de seguro social, identificación militar o identificación de pasaporte) para sustancias recetadas controladas por ley.

Para solicitar un envío por separado, comuníquese con la línea gratuita del Centro de atención al cliente al 1-800-345-1985. TTY 1-800-573-1833



BENEFICIARIO
Alergias
<input type="radio"/> Aspirina
<input type="radio"/> Cefalosporina
<input type="radio"/> Derivados de la codeína
<input type="radio"/> Derivados de la morfina
<input type="radio"/> Penicilina
<input type="radio"/> Medicamentos con sulfamidas
<input type="radio"/> Ninguna conocida
<input type="radio"/> Otra (<i>escriba debajo</i>)

Afecciones
<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>escriba debajo</i>)

Preferencia del pedido
<input type="radio"/> Etiquetas del frasco con letra grande
<input type="radio"/> Etiquetas del frasco en español

Opciones de pago: no envíe dinero en efectivo.

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

Los cheques deben ser pagaderos a AllianceRx Walgreens Prime.

AllianceRx Walgreens Prime acepta Visa, MasterCard, Discover y American Express.

Visite alliancerxwp.com/home-delivery para crear una cuenta y pagar con tarjeta de crédito.

También puede llamar al Centro de atención al cliente para recibir ayuda al 1-800-345-1985, TTY 1-800-573-1833.

INFORMACIÓN DEL PEDIDO: Si incluye un pedido de receta, complete esta sección.

Esperar 10 días hábiles desde el momento en que realizó su pedido para recibir su(s) receta(s). Junto con su envío, se incluirán un formulario de pedido de recarga y un sobre de regreso.

Nuestra práctica es sustituir los equivalentes genéricos por medicamentos de marca. AllianceRx Walgreens Prime dispensará un equivalente genérico si está disponible y si lo permite su médico solicitante. Si no desea un equivalente genérico o si tiene preguntas acerca su o sus recetas de servicio de envío por correo, llame al Centro de atención al cliente al 1-800-345-1985, TTY 1-800-573-1833.

Los equivalentes genéricos suelen ser menos costosos que los medicamentos de marca. Si enviamos un medicamento de marca, usted puede ser responsable por un copago mayor o por la diferencia entre el precio del medicamento de marca y el precio del genérico. Si su médico solicitante lo permite, enviaremos un equivalente genérico a menos que marque este casillero. No acepto un equivalente genérico.

Al enviar este formulario, autoriza la divulgación de toda información a Alliance Rx Walgreens Prime (y otras partes necesarias) según sea necesario para procesar su pedido en virtud de su plan de beneficios.

Número total de recetas en este pedido

Envío estándar SIN CARGO

Próximo día hábil (\$19.95†) \$.

2.º día hábil (\$12.95†) \$.

Pago total adeudado \$.

Escriba en mayúscula su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas; adjúntelas con este formulario completo y envíelos a:

AllianceRx Walgreens Prime
P.O. Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

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

Las marcas son propiedad de sus respectivos dueños.
2020© AllianceRx Walgreens Prime. Todos los derechos reservados.

