



Plan de medicamentos recetados: _____

Use este formulario para registrar/enviar su primer orden de receta. **También puede registrarse en AllianceRxWP.com/home-delivery.** **NO** engrape, pegue ni sujete con un clip nada a este formulario.

Escriba con letra clara utilizando solo **TINTA NEGRA** y letra **MAYÚSCULA**. Complete los círculos correspondientes por completo (•). **No todos los recuadros de ID y número de grupo pueden ser necesarios.**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

- Masculino
 Femenino

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

Número de ID del miembro (ubicado en la tarjeta)

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

Sufijo (si está en la tarjeta) BIN (ubicado en la tarjeta) PCN (ubicado en la tarjeta)

Grupo (Grupo de recetas) Número (ubicado en la tarjeta)

Apellido

Nombre

Teléfono celular ¿Mensaje de texto?* Sí No

Dirección permanente (línea 1)

Teléfono laboral

Dirección permanente (línea 2)

Teléfono residencial

Ciudad

Estado Código postal

ID del gobierno (la mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias recetadas controladas por ley)*

Apellido del recetador

Inicial del primer nombre del recetador

Teléfono del recetador

Fax del recetador

MIEMBRO			Opciones de pago
Alergias	Condiciones de salud	Preferencias de la orden	
<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"/> Sulfamida <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro (utilice las líneas a continuación) _____ _____	<input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Enfermedad cardiaca <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro (utilice las líneas a continuación) _____ _____	<input type="radio"/> Etiquetas de vial con letra grande <input type="radio"/> Etiquetas de vial en español <input type="radio"/> Resurtido automático† <small>†Complete este círculo si desea que resurtamos automáticamente sus recetas en el futuro.</small> <small>PARA PACIENTES DE CALIFORNIA: Antes de que AllianceRx Walgreens Pharmacy pueda activar el resurtido automático para los pacientes de California, los pacientes deben indicar que están de acuerdo por escrito o vía notificación electrónica. La registración permanecerá activa por un año desde la fecha que usted seleccione.</small> _____ _____	<p>**No envíe efectivo** Aceptamos cheques y tarjetas de crédito.</p> <p>Los cheques deben hacerse a nombre de AllianceRx Walgreens Pharmacy.</p> <p>Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.</p> <p>Visite AllianceRxWP.com/home-delivery para pagar con tarjeta de crédito.</p> <p>Tendrá que crear una cuenta: Diríjase a Ajustes y Pagos (Settings & Payment) y luego a Formas de pago (Payment Methods) para introducir el número de la tarjeta de crédito.</p> <p>También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente al 800-778-5427 en español. TTY: 877-220-6173</p>

*Pueden aplicar tarifas por datos y mensajes de texto estándar.
†Licencia de conducir, número de identificación estatal, número de seguro social, identificación militar o identificación de pasaporte.

**INFORMACIÓN
DEL DEPENDIENTE**

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

Centro de Atención al Cliente:
800-778-5427 en español.
TTY: 877-220-6173

Apellido del dependiente

Nombre del dependiente

Sufijo (si está en la tarjeta)

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

Apellido del recetador

Inicial del primer
nombre del recetador

Teléfono del recetador

Fax del recetador

DEPENDIENTE**Alergias**

- Aspirina
 Cefalosporina
 Derivados de la codeína
 Derivados de la morfina
 Penicilina
 Sulfamida
 Ninguno conocido
 Otro (utilice las líneas
a continuación)

Condiciones de salud

- Artritis
 Asma
 Diabetes
 Glaucoma
 Enfermedad cardíaca
 Hipertensión
 Embarazo
 Enfermedad
de tiroides
 Ninguno conocido
 Otro (utilice las líneas
a continuación)

Preferencias de la orden

- Etiquetas de vial con letra grande
 Etiquetas de vial en español
 Resurtido automático[‡]
[‡]Complete este círculo si desea que
resurtamos automáticamente sus
recetas en el futuro.

INFORMACIÓN DE LA ORDEN: Si incluye una orden de receta, complete esta sección.

Esperar 10 días hábiles desde el momento en que hace su orden para recibir su(s) receta(s). Se incluirá un formulario de orden de resurtido y un sobre de devolución con su envío.

Los equivalentes genéricos suelen ser menos costosos que los medicamentos de marca. Si despachamos un medicamento de marca, usted puede ser responsable de un copago más alto o la diferencia entre el precio del medicamento de marca y el equivalente genérico. Si su recetador lo permite, dispensaremos 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 Pharmacy (y otras partes necesarias) según sea requerido para procesar su orden en virtud de su plan de beneficios.

Número total de recetas en esta orden Total incluido para copago(s) \$ Envío estándar..... **SIN CARGO** Siguiendo día hábil (\$19,95[†]) \$ 2do día hábil (\$12,95[†]) \$ Pago total adeudado:..... \$

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

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

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

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.