



**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 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)<sup>†</sup>

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	<p><b>**No envíe efectivo**</b> Se aceptan cheques y tarjetas de crédito.</p> <p>Los cheques deben hacerse a nombre de AllianceRx Walgreens Pharmacy.</p> <p><b>Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.</b></p> <p>Visite AllianceRxWP.com/home-delivery para crear una cuenta y pagar con tarjeta de crédito. También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente al 866-560-5881 en español. TTY: 800-925-0178</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
- Femenino

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

Para envíos por separado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente al 866-560-5881 en español. TTY: 800-925-0178

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	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 cardíaca <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

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

Espera 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**

Siguiente día hábil (\$19.95<sup>†</sup>) ..... \$

2<sup>do</sup> día hábil (\$12.95<sup>†</sup>) ..... \$

Pago total adeudado: ..... \$

<sup>†</sup>Los precios de envío pueden estar sujetos a cambios por parte del transportista sin notificación, y pueden variar según el peso y la zona.

**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