



Cobertura de medicamentos recetados: _____

Use este formulario para inscribirse/enviar su primer pedido de medicamentos con receta. **También puede inscribirse en alliancerxwp.com/home-delivery NO** engrape, pegue con cinta adhesiva ni abroche con clip nada en este formulario.

Por favor, escriba claramente usando solo **TINTA NEGRA** y **letras en MAYÚSCULAS**. Complete los círculos correspondientes (•). **No todas las casillas de número de asegurado y número de grupo son necesarias.**

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO		<input type="radio"/> Hombre	Fecha de nacimiento [DD/MM/AAAA] <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Intercom.: XXXXXX	N.º UPI: XXXXX
		<input type="radio"/> Mujer			
Número de asegurado <small>(que figura en la tarjeta)</small>		Dirección de correo electrónico <small>(para recibir información sobre el procesamiento de su pedido)</small>			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Sufijo <small>(si figura en la tarjeta)</small>	BIN <small>(que figura en la tarjeta)</small>	PCN <small>(que figura en la tarjeta)</small>	Número de grupo (grupo de recetas) <small>(que figura en la tarjeta)</small>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Apellido	Nombre		Teléfono celular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/> -- <input type="text"/> -- <input type="text"/>		
Dirección permanente, línea 1			Teléfono laboral		
<input type="text"/>			<input type="text"/> -- <input type="text"/> -- <input type="text"/>		
Dirección permanente, línea 2			Teléfono particular		
<input type="text"/>			<input type="text"/> -- <input type="text"/> -- <input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	Identificación gubernamental <small>(La mayoría de los estados exigen una identificación para las sustancias recetadas controladas por ley) †</small>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Apellido de la persona que receta	Inicial del primer nombre de la persona que receta	Teléfono de la persona que receta	Fax de la persona que receta		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> -- <input type="text"/> -- <input type="text"/>	<input type="text"/> -- <input type="text"/> -- <input type="text"/>		

ASEGURADO			Opciones de pago
Alergias	Problemas médicos	Preferencias en cuanto al pedido	
<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"/> Sulfamidas <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro <small>(use las líneas a continuación)</small> _____ _____	<input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Enfermedades cardíacas <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro <small>(use las líneas a la derecha)</small> _____ _____	<input type="radio"/> Etiquetas de letra grande <input type="radio"/> Etiquetas de viales en español _____ _____	<p>**Por favor, no enviar dinero** Aceptamos cheques y tarjetas de crédito. Los cheques deben ser pagaderos a AllianceRx Walgreens Prime</p> <p>Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.</p> <p>Visite alliancerxwp.com/home-delivery para pagar con la tarjeta de crédito.</p> <p>Deberá crear una cuenta: Vaya a Settings (Configuración) y Payment (Pago), luego en Payment Methods (Métodos de pago) para ingresar el número de tarjeta de crédito.</p> <p>También puede llamar al Centro de Atención al Cliente para solicitar ayuda: XXX.XXX.XXXX.</p>

† Licencia de conducir, número de asegurado estatal, número del seguro social, identificación militar o número de pasaporte.



INFORMACIÓN DEL DERECHOHABIENTE

- Hombre
- Mujer

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

Para envíos por separado,
llame sin costo al Centro de Atención
al Cliente al XXX-XXX-XXXX.

Apellido del derechohabiente [] Nombre del derechohabiente []

Sufijo (si figura en la tarjeta) [] Dirección de correo electrónico (para recibir información sobre el procesamiento de su pedido) []

Apellido de la persona que receta [] Inicial del primer nombre de la persona que receta [] Teléfono de la persona que receta [] - [] - [] Fax de la persona que receta [] - [] - []

DERECHOHABIENTE

Alergias	Problemas médicos	Preferencias en cuanto al pedido
<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"/> Sulfamidas <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"/> Enfermedades cardíacas <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Enfermedad de la tiroides <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro <i>(use las líneas a continuación)</i>	<input type="radio"/> Etiquetas de viales en letra grande <input type="radio"/> Etiquetas de viales en español

INFORMACIÓN DEL PEDIDO -- Si incluye un pedido de medicamentos con receta, complete esta sección.

Por favor, espere 10 días laborables desde el momento en que realiza su pedido hasta que lo reciba en la dirección que haya elegido. Con su envío se incluirán un formulario de pedido para volver a surtir y un sobre de devolución.

Los equivalentes genéricos suelen ser menos costosos que los medicamentos de marca. Si dispensamos un medicamento de marca, es posible que deba pagar un copago mayor o la diferencia entre el precio de cada medicamento de marca y genérico. Si la persona que receta lo permite, dispensaremos un equivalente genérico, a menos que usted marque esta casilla.
 No acepto equivalentes genéricos. Al enviar este formulario, usted autoriza el envío de toda la información a AllianceRx Walgreens Prime (y otras partes necesarias) según se requiera para procesar su pedido conforme a su cobertura.

Cantidad total de medicamentos recetados incluidos en este pedido []

Envío estándar **SIN COSTO**

Día laborable siguiente (\$19.95†) \$ [] . []

2° día laborable (\$12.95†) \$ [] . []

Pago total adjunto \$ [] . []

Por favor, escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas médicas; adjúntelas a este formulario completo y envíe todo por correo a la siguiente dirección:

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

†Los precios de envío pueden estar sujetos a cambios según la compañía de seguros sin previo aviso y pueden variar según el peso y la zona.