



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 abraque 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.

