allianceRx Walgreens + PRIME

Formulario de registro de entrega a domicilio

991

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

Alergias	Condiciones de salud	Preferencias de la orden
❍ Aspirina ❍ Cefalosporina ❍ Derivados de la codeína ❍ Derivados de la morfina ❍ Penicilina ❍ Sulfamida ❍ Ninguno conocido ❍ Otro *(utilice las líneas a continuación)*	❍ Artritis ❍ Asma ❍ Diabetes ❍ Glaucoma ❍ Enfermedad cardiaca ❍ Hipertensión ❍ Embarazo ❍ Enfermedad de tiroides ❍ Ninguno conocido ❍ Otro *(utilice las líneas a continuación)*	❍ 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.*

Opciones de pago

****No envíe efectivo**** Aceptamos cheques y tarjetas de crédito.

Los cheques deben hacerse a nombre de AllianceRx Walgreens Prime.

Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.

Visite alliancerxwp.com/home-delivery para pagar con tarjeta de crédito.

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.

También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente al 800-778-5427 en español.
TTY: 877-220-6173

**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.

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.
©2020 AllianceRx Walgreens Prime All rights reserved. 1226354 0220

992

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

❍ Masculino
❍ Femenino

Fecha de nacimiento [MM/DD/AAAA]

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

Apellido del dependiente

Apellido 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
❍ Aspirina	❍ Penicilina	❍ Artritis	❍ Enfermedad cardiaca	❍ Enfermedad de tiroides	❍ Etiquetas de vial con letra grande
❍ Cefalosporina	❍ Sulfamida	❍ Asma	❍ Hipertensión	❍ Ninguno conocido	❍ Etiquetas de vial en español
❍ Derivados de la codeína	❍ Ninguno conocido	❍ Diabetes	❍ Embarazo	❍ Otro *(utilice las líneas a continuación)*	❍ Resurtido automático‡
❍ Derivados de la morfina	❍ Otro *(utilice las líneas a continuación)*	❍ Glaucoma			*‡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.*

Espere 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 Prime (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†) $.
❍ 2do día hábil ($12,95†) $.

Pago total adeudado: ..... $.

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

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.
©2020 AllianceRx Walgreens Prime All rights reserved. 1226354 0220

WXXXXX-MMYY