



Registro de entrega a domicilio
y Formulario de pedido de prescripción
El nombre del plan va aquí



133000WTCWCWC001

Intercomunicador: XXXXX

UPI#: XXXXX

Use este formulario para registrar o enviar su primer pedido de receta.

También puede registrarse en www.alliancerxwp.com/home-delivery. NO ADJUNTE nada con grapas, cinta o clips a este formulario.

Imprima claramente usando solo **letras** y **MAYÚSCULAS** EN TINTA NEGRA. Llena completamente los círculos que correspondan (●).

Es posible que no se necesiten todas las casillas de identificación y número de grupo.

INFORMACIÓN DE MIEMBRO

Masculino Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)

Femenino / /

Número de miembro

Sufijo

Número de grupo

BIN Rx

PCN Rx

Nombre del plan

El nombre del plan va aquí

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

Apellido

Primer nombre

Teléfono móvil

 - -

Línea de dirección permanente 1

Teléfono durante el día

 - -

Línea de dirección permanente 2

Teléfono durante la noche

 - -

Ciudad

Estado

Código postal

ID del gobierno (La mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias Rx controladas por ley)†

Nombre del médico

Primera inicial del médico

Teléfono del médico

 - -

Fax del médico

 - -

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

