

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



133000WTCWCWTC001

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 O Masculino Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) O 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 1 Teléfono durante la noche ID del gobierno (La mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias Rx controladas por ley)† Ciudad Código postal Estado Primera inicial Nombre del médico delmédico Teléfono del médico Fax del médico

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

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños. ©2018 AllianceRx Walgreens Prime. Todos los derechos reservados.



134000WTCWCWTC001

MIEMBRO: Complete para registrarse – Nota: si ya está registrado, indique cualquier cambio en la alergia y las condiciones de salud.					
Alergias		Condiciones de salud			Preferencia de orden
O Aspirina O Cefalosporina O Derivados de codeína O Derivados de morfina	O Penicilina O Drogas Sulfa O Ninguno conocido O Otro (Use las líneas a continuación)	O Artritis O Asma O Diabetes O Glaucoma	O Enfermedad cardíaca O Hipertensión O Embarazo O Enfermedad de tiroides	O Ninguno conocido O Otro (Use las líneas a continuación)	O Etiquetas de viales de impresión grande O Etiquetas de viales españolas O Reabastecimiento automático*  *Complete este círculo si desea que rellenemos sus recetas automáticamente en el futuro.
INFORMACIÓN DE ENVÍO ALTERNA DEL MIEMBRO  O Este envío solamente O Cambio de dirección temporal para las fechas indicadas a continuación					
Línea de dirección alternativa	. 1	Fecha de inicio (dd/mm/aaaa	a) //	Fecha de término (do	//mm/aaaa)
Línea de dirección alternativa  Ciudad	1	Estado	Código postal Nú	mero de teléfono alternativo	
INFORMACIÓN DEL PEDIDO: Si incluye una orden de prescripción, complete esta sección.					
Espere 10 días hábiles desde el momento en que realiza su pedido para recibir su (s) receta (s). Se incluirá un formulario de pedido de reabastecimiento y un sobre de devolución con su envío.					
Es práctica habitual de farmacia sustituir equivalentes genéricos por medicamentos de marca. AllianceRx Walgreens Prime dispensará un equivalente genérico si está disponible y permitido por su médico. Si no desea un equivalente genérico o tiene preguntas sobre su (s) receta (s) del servicio de correo, llame a nuestro Centro de Atención al Cliente al 888-516-8010. Al enviar este formulario, usted ha autorizado la divulgación de toda la información a AllianceRx Walgreens Prime (y a otras partes necesarias) según se requiera para procesar su pedido conforme a su plan de beneficios.					
	nombre y fecha de nacimiento o con este formulario comple AllianceRx Walgreens Pr Apartado de correos 290 Phoenix, AZ 85038-900	to y envíelo por correo a: ime 061			NINGÚN CARGO as comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.
	o con este formulario comple AllianceRx Walgreens Pr	to y envíelo por correo a: ime 061		Las marc	NINGÚN CAR