



Plan de medicamentos recetados: _____

Intercom: XXXXXX

UPI#: XXXXXX

Use este formulario para registrar/enviar su primera orden de receta. **También puede registrarse en WalgreensMailService.com. NO** engrape ni pegue nada a este formulario. Escriba con letra clara utilizando solo **TINTA NEGRA** y letra **MAYÚSCULA**. Complete los círculos correspondientes por completo (•).

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO: *Es probable que no sean necesarios todos los recuadros de ID y número de grupo.*

Número de ID del beneficiario (ubicado en la tarjeta)

Sufijo (si está en la tarjeta)

Grupo (grupo de recetas) Número (ubicado en la tarjeta)

BIN de receta

PCN de receta

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

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†

Masculino Femenino

Fecha de nacimiento [MM/DD/AAAA]

Apellido del recetador

Inicial del nombre del recetador

Teléfono del recetador

Fax del recetador

*Pueden aplicarse tarifas estándar por datos y mensajes de texto.

†La mayoría de los estados requieren una identificación (licencia de conducir, número de identificación estatal, número de seguro social, identificación militar o identificación de pasaporte) para sustancias recetadas controladas por ley.

Para envíos por separado, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente en español al 800-778-5427. TTY: 800-925-0178.

BENEFICIARIO

Alergias

- Artritis
- Aspirina
- Cefalosporina
- Derivados de la codeína
- Derivados de la morfina
- Penicilina
- Sulfamida
- Ninguno conocido
- Otro (utilice las líneas a continuación)

Afecciones de salud

- Artritis
- Asma
- Diabetes
- Glaucoma
- Enfermedad cardiaca
- Hipertensión
- Embarazo
- Enfermedad de tiroides
- Ninguno conocido
- Otro (utilice las líneas a continuación)

Preferencias de la orden

- Etiquetas de vial con letra grande
- Etiquetas de vial en español
- Resurtido automático*

**Complete el círculo si desea que resurtamos automáticamente su receta en el futuro.*

PARA PACIENTES DE CALIFORNIA: Antes de que Walgreens Mail Service pueda activar el resurtido automático para los pacientes de California, los pacientes deben indicar que están de acuerdo por escrito o vía notificación electrónica. La registración permanecerá activa por un año desde la fecha que usted seleccione.

Opciones de pago: No envíe efectivo.

****No envíe efectivo**** Se aceptan cheques y tarjetas de crédito.

Los cheques deben hacerse a nombre de Walgreens Mail Service.

Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.

Visite WalgreensMailService.com para crear una cuenta y pagar con tarjeta de crédito. También puede llamar al Centro de Atención al Cliente en español al 800-778-5427. TTY: 800-925-0178

INFORMACIÓN DE LA ORDEN: Si incluye una orden de receta, complete esta sección.

Espera 10 días hábiles desde el momento en que haga su orden para recibir sus recetas.

Se incluirá un formulario de orden de resurtido y un sobre de devolución con su envío.

En general, solemos sustituir con equivalentes genéricos a los medicamentos de marca. Walgreens Mail Service dispensará un equivalente genérico si este está disponible y su recetador lo autoriza. Si no desea un equivalente genérico o tiene preguntas con respecto a las recetas con servicio de correo, llame al Centro de Atención al Cliente en español al 800-778-5427. TTY: 800-925-0178

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 autoriza la divulgación de toda la información a Walgreens Mail Service (y otras partes necesarias) según sea requerido para procesar su orden en virtud de su plan de beneficios.

Cantidad total de recetas en esta orden _____

Envío estándar:.....**SIN CARGO**

Siguiente día hábil (\$19.95†) \$.

2do día hábil (\$12.95†) \$.

†Los precios de envío pueden estar sujetos a cambios por parte del transportista sin previo aviso y pueden variar según el peso y la zona.

Pago total adeudado:.....\$.

Escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas; adjúntelas a este formulario completado y envíelo a:

Walgreens Mail Service
P.O. Box 29061
Phoenix, AZ 85038-9061