



Plan de medicamentos recetados: Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey

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.

Por favor, escriba claramente usando sólo **TINTA NEGRA** y letras en **MAYÚSCULAS**. Rellene completamente los círculos correspondientes (●). **No todas las casillas de identificación y números de grupo se necesitan.**

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

- Masculino
- Femenino

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /

Número de identificación de miembro *(Ubicado en la tarjeta)*

Dirección de correo electrónico *(Para recibir información sobre el procesamiento de su pedido)*

Sufijo *(Si está en la tarjeta)* BIN *(Ubicado en la tarjeta)* PCN *(Ubicado en la tarjeta)* Número de grupo *(Ubicado en la tarjeta)*

Apellido Nombre Celular - -

Dirección permanente Línea 1 Teléfono de trabajo - -

Dirección permanente Línea 2 Teléfono de casa - -

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

Apellido del médico Primera inicial del médico Teléfono del médico - - Fax del médico - -

PACIENTE			Opciones de pago
Alergias	Afecciones médicas	Orden de preferencia	
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Derivados de codeína <input type="radio"/> Derivados de morfina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Drogas Sulfa <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro <i>(Use las líneas a continuación)</i> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Artritis <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Enfermedad cardíaca <input type="radio"/> Hipertensión <input type="radio"/> Embarazo <input type="radio"/> Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Ninguno conocido <input type="radio"/> Otro <i>(Use líneas a la derecha)</i>	<input type="radio"/> Etiquetas de viales de impresión grande <input type="radio"/> Etiquetas de viales españolas <input type="radio"/> Reabastecimiento automático‡ ‡ <i>Complete este círculo si desea que rellenemos sus recetas automáticamente en el futuro.</i>	<p>**No envíe dinero en efectivo** Aceptamos cheques y tarjetas de crédito.</p> <p>Los cheques deben hacerse a nombre de AllianceRx Walgreens Prime</p> <p>Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express.</p> <p>Visite www.alliancerxwp.com/home-delivery para pagar con tarjeta de crédito.</p> <p>Deberá crearse una cuenta: diríjase a Settings & Payment (Configuración y pago), y después a Payment Methods (Métodos de pago) para ingresar un número de tarjeta de crédito.</p> <p>También puede llamar a nuestro Centro de atención al cliente al 800-345-1985 para obtener ayuda.</p>

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

**INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE**
 Masculino
 Femenino
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) / /

Para despachar órdenes por separado, por favor comuníquese gratis con el Centro de Atención al Cliente al 888-844-3828.

Apellido del dependiente

Nombre del dependiente

Sufijo (Si está en la tarjeta)

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

Apellido del médico

Primera inicial del médico

Teléfono del médico

Fax del médico

 - - **DEPENDIENTE****Alergias****Afecciones médicas****Orden de preferencia**

-
- Aspirina
-
-
- Cefalosporina
-
-
- Derivados de codeína
-
-
- Derivados de morfina
-
-

-
- Penicilina
-
-
- Drogas Sulfa
-
-
- Ninguno conocido
-
-
- Otro (Use las líneas a continuación)
-
-

-
- Artritis
-
-
- Asma
-
-
- Diabetes
-
-
- Glaucoma
-
-

-
- Enfermedad cardíaca
-
-
- Hipertensión
-
-
- Embarazo
-
-
- Enfermedad de tiroides
-
-

-
- Ninguno conocido
-
-
- Otro (Use las líneas a continuación)
-
-

-
- Etiquetas de viales de impresión grande
-
-
- Etiquetas de viales españolas
-
-

INFORMACIÓN DEL PEDIDO: Si incluye una orden de receta, por favor complete esta sección.**Esperar 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.**Los equivalentes genéricos generalmente son menos costosos que los medicamentos de marca. Si despachamos un medicamento de marca, es posible que deba pagar un copago más alto o la diferencia entre la marca y el precio genérico de cada medicamento. Si su médico lo permite, le entregaremos 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 a otras partes necesarias) según se requiera para procesar su pedido conforme a su plan de beneficios.

Número total de recetas en esta orden Envío estándar Siguiendo día hábil (\$ 19.95 †) 2° día hábil(\$12.95†)Pago total adjunto \$ **SIN CARGO**\$ \$

Escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas; adjúntelos junto con este formulario completo y envíelos por correo a:

AllianceRx Walgreens Prime
Apartado de correos 29061
Phoenix, AZ 85038-9061

†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.

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