Walgreens Mail Service

1 1 8

Formulario de Inscripción y Orden de Surtido de Receta

Información de Membresía (Requerida)

Nombre del titular de la tarjeta: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección: _____
Calle (no usar apartado postal) # de apartmento Ciudad Estado Código Postal

( ) Teléfono del trabajo ( ) Teléfono de casa

Fecha de nacimiento: / / MM DD AAAA

Femenino: ☐ Masculino: ☐ Dirección de correo electrónico: _____ (opcional)

Nombre del médico: _____
Nombre Apellido

Teléfono del médico: _____

☐ El paciente necesita tapas a presión
☐ El paciente necesita las etiquetas de los medicamentos en español

Alergias:
☐ 32-Codeína ☐ 70-Penicilina ☐ 87-Sulfa ☐ 93-Tetraciclina ☐ Ninguna alergia conocida
☐ Otra (especifique): _____

Afecciones médicas
☐ 200-Diabetes ☐ 300-Hipertensión ☐ 400-Enfermedad cardiaca ☐ 500-Glaucoma
☐ 600-Trastornos estomacales ☐ 700-Enfermedad de la tiroides ☐ 800-Artritis
☐ Ninguna afección médica conocida ☐ Otra (especifique): _____

Información Sobre su Empleador y Sobre la Cobertura de su Receta

Proveedor de beneficios de medicamentos con receta/
Seguro de medicamentos farmacéuticos: _____

Nombre de su empleador: _____ ☐ Activo ☐ Jubilado

Número de identificación de su membresía (tarjeta de identificación):

Número de grupo:

Importante: Al enviar este formulario usted está autorizando que se dé a conocer toda la información a Walgreens Mail Service (y a otros terceros necesarios) que se requiere para procesar sus recetas y sus resurtidos bajo su plan de beneficios. Gracias por su orden.
Favor de tener en cuenta que la entrega de su receta se efectuará en un plazo de dos semanas.

Favor de completar ambas páginas →

1 1 9

INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO (Imprima páginas adicionales si tiene una cobertura con múltiples beneficiarios)

Asegúrese de completar la sección de Información de Membresía

Nombre del beneficiario: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección: _____
Calle (no usar apartado postal) # de apartmento Ciudad Estado Código Postal

( ) Teléfono del trabajo ( ) Teléfono de casa

Fecha de nacimiento: / / Parentesco con el titular del seguro: _____
MM DD AAAA

Femenino: ☐ Masculino: ☐ Dirección de correo electrónico: _____
(opcional)

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____
Nombre Apellido

☐ El paciente necesita tapas a presión
☐ El paciente necesita las etiquetas de los medicamentos en español

Alergias:
☐ 32-Codeína ☐ 70-Penicilina ☐ 87-Sulfa ☐ 93-Tetraciclina ☐ Ninguna alergia conocida
☐ Otra (especifique): _____

Afecciones médicas
☐ 200-Diabetes ☐ 300-Hipertensión ☐ 400-Enfermedad cardiaca ☐ 500-Glaucoma
☐ 600-Trastornos estomacales ☐ 700-Enfermedad de la tiroides ☐ 800-Artritis
☐ Ninguna afección médica conocida ☐ Otra (especifique): _____

INFORMACIÓN DE SU TARJETA DE CRÉDITO

Número de su tarjeta de crédito:
(Visa, MasterCard, Discover)

Número de su tarjeta de crédito:
(American Express)

Nombre tal como aparece en la tarjeta: _____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Fecha de expiración: / / Firma: _____
MM DD AAAA

Es una práctica farmacéutica estándar el surtir con equivalentes genéricos en lugar de medicamentos de marca siempre que sea posible. Walgreens Mail Service dispensará un equivalente genérico aprobado por la FDA siempre que esté disponible, que lo permita el médico que le recetó el medicamento y que lo permita la ley. Si no desea un equivalente genérico, favor de comunicarse con nuestro Centro de Atención al Cliente para notificarnos, al 1-800-999-2655.

Sólo envíe por correo su receta original y este formulario, junto con la información de su tarjeta de crédito o su cheque a favor de:

Walgreens Mail Service, P.O. Box 628001, Orlando, FL 32862-8001
Centro de Atención al Cliente: 1-800-999-2655 (TTY, línea para personas con problemas de audición: 1-800-925-0178)
Para resurtir su receta por teléfono: 1-800-758-0002 (en inglés: 1-800-749-0009)
Internet: www.walgreensmail.com