Walgreens Mail Service

Formulario de registro para servicio de correo

991

Plan de medicamentos recetados: _____

Use este formulario para registrar/enviar su primer orden de receta. **También puede registrarse en WalgreensMailService.com**. **NO** engrape, pegue ni sujete con un clip nada a este formulario.

Escriba con letra clara utilizando solo **TINTA NEGRA** y letra **MAYÚSCULA**. Complete los círculos correspondientes por completo (•). **Puede que no todos los recuadros de ID y núm. de grupo sean necesarios.**

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

❍ Masculino
❍ Femenino

Fecha de nacimiento [MM/DD/AAAA] __ / __ / ____

Número de ID del miembro *(ubicado en la tarjeta)*

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

Sufijo *(si está en la tarjeta)*

BIN *(ubicado en la tarjeta)*

PCN *(ubicado en la tarjeta)*

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

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 *(la mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias recetadas controladas por ley)*†

Apellido del recetador

Inicial del nombre del recetador

Teléfono del recetador ___ – ___ – ____

Fax del recetador ___ – ___ – ____

MIEMBRO

Alergias

❍ Aspirina
❍ Cefalosporina
❍ Derivados de la codeína
❍ Derivados de la morfina
❍ Penicilina
❍ Sulfamida
❍ Ninguno conocido
❍ Otro *(use las líneas de abajo)*

_____
_____

Afecciones de salud

❍ Artritis
❍ Asma
❍ Diabetes
❍ Glaucoma
❍ Enfermedad cardiaca
❍ Hipertensión
❍ Embarazo
❍ Enfermedad de tiroides
❍ Ninguno conocido
❍ Otro *(use las líneas de abajo)*

_____
_____

Preferencias de la orden

❍ Etiquetas de vial con letra grande
❍ Etiquetas de vial en español
❍ Resurtido automático‡

‡Complete este círculo si desea que resurtamos automáticamente sus recetas 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**** Aceptamos 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 pagar con tarjeta de crédito.

Tendrá que crear una cuenta: Diríjase a Ajustes y Pagos (Settings & Payment) y luego a Formas de pago (Payment Methods) para introducir el número de la tarjeta de crédito.

También puede llamar a nuestro Centro de Atención al Cliente al 800-778-5427 en español. TTY 800-925-0178

**Pueden aplicar tarifas por datos y mensajes de texto estándar.*
†Licencia de conducir, número de identificación estatal, número de seguro social, identificación militar o identificación de pasaporte.

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.
©2024 Walgreen Co. Todos los derechos reservados. 4082277-2336 0724

992

Centro de Atención al Cliente:
800-778-5427 en español.
TTY 800-925-0178

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

❍ Masculino
❍ Femenino

Fecha de nacimiento [MM/DD/AAAA] ___ / ___ / ____

Apellido del dependiente

Nombre del dependiente

Sufijo *(si está en la tarjeta)*

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

Apellido del recetador

Inicial del nombre del recetador

Teléfono del recetador ___ – ___ – ____

Fax del recetador ___ – ___ – ____

DEPENDIENTE

Alergias

❍ Aspirina
❍ Cefalosporina
❍ Derivados de la codeína
❍ Derivados de la morfina
❍ Penicilina
❍ Sulfamida
❍ Ninguno conocido
❍ Otro *(use las líneas de abajo)*

Afecciones de salud

❍ Artritis
❍ Asma
❍ Diabetes
❍ Glaucoma
❍ Enfermedad cardiaca
❍ Hipertensión
❍ Embarazo
❍ Enfermedad de tiroides
❍ Ninguno conocido
❍ Otro *(use las líneas de abajo)*

Preferencias de la orden

❍ Etiquetas de vial con letra grande
❍ Etiquetas de vial en español
❍ Resurtido automático‡

‡Complete este círculo si desea que resurtamos automáticamente sus recetas en el futuro.

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

Espere 10 días hábiles desde el momento en que hace su orden para recibir su(s) receta(s). Se incluirá un formulario de orden de resurtido y un sobre de devolución con su envío.

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 ha autorizado 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.

Número total de recetas en esta orden .....

Total incluido para copago(s) ..... $ ____ . __

❍ Envío estándar:..... **SIN CARGO**
❍ Siguiente día hábil ($19,95†) $ ____ . __
❍ 2do día hábil ($12,95†) $ ____ . __

Pago total adeudado:..... $ ____ . __

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

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

Las marcas comerciales son propiedad de sus respectivos dueños.
©2024 Walgreen Co. Todos los derechos reservados. 4082277-2336 0724

WXXXXX-MMYY