



**Prescription Drug Plan:** \_\_\_\_\_

Use this form to register/submit your first prescription order. **You can also register at [alliancerxwp.com/home-delivery](http://alliancerxwp.com/home-delivery). DO NOT** staple, tape or paper clip anything to this form.

Please print clearly using only **BLACK INK** and **UPPERCASE** letters. Fill in the applicable circles completely (•). **Not all ID and Group Number boxes may be needed.**

<b>MEMBER INFORMATION</b>		<input type="radio"/> Male	Date of Birth [MM/DD/YYYY] <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
		<input type="radio"/> Female	
Member ID Number <i>(Located on card)</i>	Email Address <i>(To receive information regarding the processing of your order)</i>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Suffix <i>(If on card)</i>	BIN <i>(Located on card)</i>	PCN <i>(Located on card)</i>	Group Number <i>(Located on card)</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Last Name	First Name	Cell Phone	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Permanent Address Line 1			Work Phone
<input type="text"/>			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Permanent Address Line 2			Home Phone
<input type="text"/>			<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
City	State	ZIP Code	Government ID <i>(Most states require ID for controlled Rx substances by law)†</i>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prescriber Last Name	Prescriber First Initial	Prescriber Phone	Prescriber Fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

MEMBER			Payment Options
Allergies	Health Conditions	Order Preference	
<input type="radio"/> Aspirin <input type="radio"/> Cephalosporin <input type="radio"/> Codeine derivatives <input type="radio"/> Morphine derivatives <input type="radio"/> Penicillin <input type="radio"/> Sulfa drugs <input type="radio"/> None known <input type="radio"/> Other <i>(Use lines below)</i> _____ _____	<input type="radio"/> Arthritis <input type="radio"/> Asthma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Heart disease <input type="radio"/> Hypertension <input type="radio"/> Pregnancy <input type="radio"/> Thyroid disease <input type="radio"/> None known <input type="radio"/> Other <i>(Use lines at right)</i> _____ _____	<input type="radio"/> Large-print labels <input type="radio"/> Spanish vial labels <input type="radio"/> Automatic refill ‡ ‡Fill in this circle if you would like us to automatically refill your prescriptions in the future.	<p><b>**Please do not send cash**</b> We accept checks and credit cards. Checks should be made payable to AllianceRx Walgreens Prime</p> <p><b>We accept Visa, MasterCard, Discover and American Express.</b></p> <p>Please visit <a href="http://alliancerxwp.com/home-delivery">alliancerxwp.com/home-delivery</a> to pay by credit card. You will need to create an account: Go to Settings &amp; Payment then Payment Methods to enter a credit card number.</p> <p>You can also call our Customer Care Center for assistance at: 800-345-1985</p>

†Driver's license, state ID number, social security number, military ID or passport ID.



**DEPENDENT INFORMATION**

- Male
- Female

Date of Birth [MM/DD/YYYY]  /  /

For separate shipping, please contact the Customer Care Center toll free at 800-345-1985.

Dependent Last Name

Dependent First Name

Suffix (if on card)

Email address (To receive information regarding the processing of your order)

Prescriber Last Name

Prescriber First Initial

Prescriber Phone

Prescriber Fax

 -  -  -  - 

**DEPENDENT**

**Allergies**

**Health Conditions**

**Order Preference**

- Aspirin
- Cephalosporin
- Codeine derivatives
- Morphine derivatives
- Penicillin
- Sulfa drugs
- None known
- Other (Use lines below)

- Arthritis
- Asthma
- Diabetes
- Glaucoma
- Heart disease
- Hypertension
- Pregnancy
- Thyroid disease
- None known
- Other (Use lines below)

- Large-print vial labels
  - Spanish vial labels
  - Automatic refill<sup>‡</sup>
- <sup>‡</sup>Fill in this circle if you would like us to automatically refill your prescriptions in the future.

**ORDER INFORMATION – If including a prescription order, please complete this section.**

Please allow 10 business days from the time that you place your order to receive your prescription(s). A refill order form and return envelope will be included with your shipment.

Generic equivalents are usually less expensive than brand name drugs. If we dispense a brand name drug, you may be responsible for a higher copayment and/or the difference between the brand and generic price of each drug. If allowed by your prescriber, we will dispense a generic equivalent unless you check this box.  I do not accept a generic equivalent. By submitting this form, you have authorized release of all information to AllianceRx Walgreens Prime (and other necessary parties) as required to process your order under your benefit plan.

Total number of prescriptions in this order .....

- Standard Shipping **NO CHARGE**
- Next Business Day (\$19.95<sup>†</sup>) \$
- 2<sup>nd</sup> Business Day (\$12.95<sup>†</sup>) \$

Total Payment Enclosed.....\$

<sup>†</sup>Shipping prices may be subject to change by carrier without notification and may vary depending upon weight and zone.

**Please print your name and date of birth on all prescriptions; enclose them along with this completed form and mail to:**

AllianceRx Walgreens Prime  
P.O. Box 29061  
Phoenix, AZ 85038-9061



## Plan de medicamentos recetados: \_\_\_\_\_

Use este formulario para registrar o enviar su primer pedido de receta. **También puede registrarse en [alliancerxwp.com/home-delivery](http://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.**

<b>INFORMACIÓN DE MIEMBRO</b>		<input type="radio"/> Masculino	Fecha de nacimiento [DD/MM/AAAA] <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
		<input type="radio"/> Femenino		
Número de identificación de miembro <small>(Ubicado en la tarjeta)</small>		Dirección de correo electrónico <small>(Para recibir información sobre el procesamiento de su pedido)</small>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Sufijo <small>(Si está en la tarjeta)</small>	BIN <small>(Ubicado en la tarjeta)</small>	PCN <small>(Ubicado en la tarjeta)</small>	Número de grupo <small>(Ubicado en la tarjeta)</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido		Nombre	Celular	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
Dirección permanente Línea 1		Teléfono de trabajo		
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Dirección permanente Línea 2		Teléfono de casa		
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	ID del gobierno <small>(La mayoría de los estados requieren una identificación para sustancias Rx controladas por ley)†</small>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Apellido del médico	Primera inicial del médico	Teléfono del médico	Fax del médico	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	

MIEMBRO			Opciones de pago
Allergies	Health Conditions	Order Preference	
<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 <small>(Use las líneas a continuación)</small> <input type="text"/> <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"/> Other <small>(Use líneas a la derecha)</small> <input type="text"/>	<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> <input type="text"/>	<p><b>**No envíe dinero en efectivo**</b> Aceptamos cheques y tarjetas de crédito. Los cheques deben hacerse a nombre de AllianceRx Walgreens Prime</p> <p><b>Aceptamos Visa, MasterCard, Discover y American Express..</b></p> <p>Visite <a href="http://alliancerxwp.com/home-delivery">alliancerxwp.com/home-delivery</a> para pagar con tarjeta de crédito.</p> <p>Deberá crearse una cuenta: diríjase a Settings &amp; 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 [MM/DD/YYYY]  /  /

Para despachar órdenes por separado, por favor comuníquese gratis con el Centro de Atención al Cliente al 800-345-1985.

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
- Derivativos de codeína
- Derivativos de morfina
- Penicilina
- Drogas Sulfa
- Ninguno conocido
- Otra (Use líneas abajo)

- Artritis
- Asma
- Diabetes
- Glaucoma
- Enfermedad cardíaca
- Hipertensión
- Embarazo
- Enfermedad de la tiroides
- Ninguna conocida
- Otra (Use líneas abajo)

- Frascos de etiquetas en letra grande
- Frascos de etiquetas en español
- Reabastecimiento automático ‡

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

**INFORMACIÓN DEL PEDIDO—Si incluye una orden de receta, por favor complete esta sección.**

**Espera 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 **SIN CARGO**

Siguiente día hábil (\$19.95 †)

2<sup>nd</sup> día hábil (\$12.95 †)

Total Payment Enclosed.....\$

**Escriba su nombre y fecha de nacimiento en todas las recetas; adjúntelos junto con este formulario completo y envíelo 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.