



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 ApellidoDirección: _____
Calle (no usar apartado postal) # de apartamento Ciudad Estado Código Postal

() ()

Teléfono del trabajo

Teléfono de casa

Fecha de nacimiento: _____ Parentesco con el titular del seguro: _____
MM DD AAAAFemenino: 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-Codéina 70-Penicilina 87-Sulfa 93-Tetraciclina Ninguna alergia conocida Otra (especifique): _____

Afecciones médicas

 200-Diabetes 300-Hipertensión 400-Enfermedad cardíaca 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 ApellidoFecha 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 1-800-345-1985.

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 29061, Phoenix, AZ 85038-9061**Centro de Atención al Cliente: 1-800-345-1985** (TTY, línea para personas con problemas de audición: 1-800-573-1833)**Para resurtir su receta por teléfono: 1-800-778-5427** (en inglés: 1-800-797-3345)**Internet: www.walgreensmail.com**