



### Plano de Medicamentos Sujeitos a Receita Médica: \_\_\_\_\_

Utilize este formulário p/ registar/submeter a sua primeira encomenda sujeita a receita médica. **Pode tb fazer o registo em [alliancerxwp.com/home-delivery](http://alliancerxwp.com/home-delivery). NÃO utilize agrafos, fita adesiva ou cliques p/ anexar algo a este formulário.**

Preencha de forma clara usando apenas **MAIÚSCULAS** e **TINTA PRETA**. Preencha completamente os círculos aplicáveis (•). **Nem todas as caixas ID e Nº de Grupo serão necessárias.**

#### INFORMAÇÃO DO MEMBRO

- Masculino  
 Feminino

D. Nasc. [MM/DD/AAAA]  /  /

Número de ID de Membro (Localizado no cartão)

Endereço de email (Para receber informação relativa ao processamento da sua encomenda)

Sufixo (no cartão) BIN (no cartão)

PCN (no cartão)

Nº de Grupo (Grupo RX) (no cartão)

Sobrenome

Nome

Telemóvel SMS?\*  Sim  Não

 -  - 

Morada Permanente Linha 1

Telefone do Emprego

 -  - 

Morada Permanente Linha 2

Telefone de Casa

 -  - 

Cidade

Estado

Código postal

ID Governamental (exigido por lei pela maioria dos estados p/ subst. sujeitas a receita)†

Apelido do prescriptor

1ª Inicial prescriptor

Telefone do prescriptor

 -  - 

Fax do prescriptor

 -  - 

#### MEMBRO

Alergias	Condições de saúde	Preferência da encomenda
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Derivados da codeína <input type="radio"/> Derivados da morfina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Sulfonamida <input type="radio"/> Nenhuma conhecida <input type="radio"/> Outra (utilize as linhas abaixo) <input type="text"/>	<input type="radio"/> Artrite <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Doença cardíaca <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Gravidez <input type="radio"/> Doença da tiroide <input type="radio"/> Nenhuma conhecida <input type="radio"/> Outra (utilize as linhas abaixo) <input type="text"/>	<input type="radio"/> Rótulos dos frascos com tipo de letra grande <input type="radio"/> Rótulos dos frascos em espanhol <input type="radio"/> Reabastecimento automático <small>‡Preencha este círculo se quer que automaticamente reabastecemos as suas receitas no futuro.</small>

#### Opções de pagamento

**\*\*Por favor não envie dinheiro\*\*** Aceitamos cheques e cartões de crédito. Os cheques devem ser emitidos à ordem de AllianceRx Walgreens Prime **Aceitamos Visa, MasterCard, Discover e American Express.** Visite [alliancerxwp.com/home-delivery](http://alliancerxwp.com/home-delivery) para pagar por cartão de crédito. Irá necessitar de criar uma conta: Vá a Definições e Pagamento (Settings & Payment), depois a Métodos de Pagamento (Payment Methods) para introduzir um número de cartão de crédito. Pode também escolher ligar para o Centro de Apoio a Clientes para receber assistência, para o número: 800-345-1985, TTY 800-925-0178

\*Podem aplicar-se taxas de mensagem de texto padrão e dados.

†Carta de condução, número de ID do estado, número da segurança social, ID militar ou ID do passaporte.



**INFORMAÇÃO DO DEPENDENTE**

- Masculino
- Feminino

D. Nasc. [MM/DD/AAAA]

Para envio em separado, contacte o Apoio a Clientes, através do número: 800-345-1985, TTY 800-925-0178

Apelido do dependente

Apelido do dependente

Sufixo (no cartão)  Endereço de email (Para receber informação relativa ao processamento da sua encomenda)

Apelido do prescriptor

1ª inicial prescriptor

Telefone do prescriptor -  -

Fax do prescriptor -  -

**DEPENDENTE**

Alergias	Condições de saúde	Preferência da encomenda
<input type="radio"/> Aspirina <input type="radio"/> Cefalosporina <input type="radio"/> Derivados da codeína <input type="radio"/> Derivados da morfina <input type="radio"/> Penicilina <input type="radio"/> Sulfonamida <input type="radio"/> Nenhuma conhecida <input type="radio"/> Outra (utilize as linhas abaixo)	<input type="radio"/> Artrite <input type="radio"/> Asma <input type="radio"/> Diabetes <input type="radio"/> Glaucoma <input type="radio"/> Doença cardíaca <input type="radio"/> Hipertensão <input type="radio"/> Gravidez <input type="radio"/> Doença da tiroide <input type="radio"/> Nenhuma conhecida <input type="radio"/> Outra (utilize as linhas abaixo)	<input type="radio"/> Rótulos dos frascos com tipo de letra grande <input type="radio"/> Rótulos dos frascos em espanhol <input type="radio"/> Reabastecimento automático <i>‡Preencha este círculo se quer que automaticamente reabastecemos as suas receitas no futuro.</i>

**INFORMAÇÃO DA ENCOMENDA—Se incluir uma encomenda sujeita a receita médica, por favor preencha esta secção.**

**Aguarde 10 dias úteis desde o momento da colocação da encomenda para receber a(s) sua(s) receita(s). Serão incluídos um formulário de encomenda e um envelope para devolução com o seu envio.**

Os equivalentes genéricos são normalmente mais económicos do que os medicamentos de marca. Se dispensarmos um medicamento de marca, pode ser responsável por um copagamento mais alto e/ou diferenças entre o preço de cada medicamento de marca e do genérico. Se for permitido pelo prescriptor, iremos dispensar um equivalente genérico a não ser que assinale esta caixa.  Não aceito um equivalente genérico.

Ao submeter este formulário, autorizou a partilha de toda a informação à AllianceRx Walgreens Prime (e a outras partes necessárias) conforme exigido para processar a sua encomenda ao abrigo do seu plano de benefícios.

Número total de receitas nesta encomenda

Total incluído para copagamento(s) \$

- Envio Normal:..... **SEM CUSTOS**
- Dia Útil Seguinte (\$19.95†) \$
- 2ºDia Útil (\$12.95†) \$

Total do Pagamento Devido: \$

†Os preços do envio podem estar sujeitos a alterações por parte do transportador sem qualquer notificação e podem variar dependendo do peso e da zona.

Os nomes das marcas são propriedade dos respetivos detentores.

**Preencha o seu nome e data de nascimento em todas as receitas; envie-as juntamente com este formulário preenchido para:**

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