



CLUB DE RECETAS FARMACIAS ALIADAS

HOJA DE AFILIACION

Puedes entregar esta forma de afiliación completada en tu Farmacia Aliada de confianza, afiliarte llamando al 1-877-897-CLUB (2582) o visitando www.farmaciasaliadas.com.

Tipo de Membresía:

___ Individual \$14.95* ___ Pareja (Afiliado principal y su cónyuge) \$24.95* ___ Familiar \$39.95* (Hasta 4 miembros, incluyendo hijos menores de 18 años; adicional \$9.95*) ___ Número de Familiares

(Favor completar información de miembros adicionales al dorso de esta forma de afiliación.)

Información de Afiliado Principal

Nombre _____ *Inicial _____ Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____

Género: Femenino ___ Masculino ___ Fecha de Nacimiento : _____
día / mes / año

*Peso: _____ lb *Estatura: _____ Pies _____ Pulgadas

Alergias: Penicilina ___ Aspirina ___ Sulfa ___ Otras (especifique): _____

Condiciones: Hipertensión ___ Diabetes ___ Asma ___ Otras (especifique): _____

Información General:

Dirección Física _____ Ciudad, Estado _____ Zip Code _____

Dirección Postal _____ Ciudad, Estado _____ Zip Code _____

Teléfono Primario: _____ *Teléfono Celular: _____

*Email 1: _____ *Email 2: _____

Farmacia Aliada de Preferencia _____ Aliado: _____

*¿Cómo se enteró del Club de Recetas?: Farmacia ___ Shopper ___ Radio ___ Periódico ___ Familiar/ Amigo ___

Otros (especifique) _____

* No incluye IVU. * Información Opcional

Opciones de pago:

En tu Farmacia Aliada de preferencia, vía telefónica por el 1-877-897-CLUB (2582) (Visa y Mastercard) y/o a través de farmaciasaliadas.com (Visa, Mastercard y ATH). Recibirás tu tarjeta de afiliación dentro de las siguientes dos semanas de haberte afiliado. El cargo por afiliación te cubrirá un periodo de un año a partir de la fecha de efectividad de la afiliación, luego del cual deberás pagar el cargo para renovación de tu tarjeta.

El Club de Recetas de Farmacias Aliadas no es una tarjeta de seguro. Como miembro del Club de Recetas tienes derecho a recibir descuentos en medicamento genéricos seleccionados. Los beneficios de este programa están sujetos a cambios, modificaciones o sustituciones sin previa notificación. Para recibir el beneficio una vez te has afiliado deberás presentar tu tarjeta del Club de Recetas en cualquier Farmacia Aliada de Puerto Rico. Tu membresía está sujeta de los Términos y Condiciones adjuntos. La información de tus recetas será mantenida en estricta confidencialidad. Nuestro uso de tu información personal está regido por nuestra política de privacidad.



Información de Afiliados Adicionales

Nombre	*Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
Parentesco con Afiliado Principal: Pareja	_____	Hijo (hasta 18 años)	_____
Género: Femenino	_____	Masculino	_____
Fecha de Nacimiento :		_____	
*Peso: _____ lb		*Estatura: _____ Pies _____ Pulgadas	
Alergias: Penicilina		_____	Aspirina
_____		_____	Sulfa
_____		_____	Otras (especifique):
Condiciones: Hipertensión		_____	Diabetes
_____		_____	Asma
_____		_____	Otras (especifique):

Nombre	*Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
Parentesco con Afiliado Principal: Pareja	_____	Hijo (hasta 18 años)	_____
Género: Femenino	_____	Masculino	_____
Fecha de Nacimiento :		_____	
*Peso: _____ lb		*Estatura: _____ Pies _____ Pulgadas	
Alergias: Penicilina		_____	Aspirina
_____		_____	Sulfa
_____		_____	Otras (especifique):
Condiciones: Hipertensión		_____	Diabetes
_____		_____	Asma
_____		_____	Otras (especifique):

Nombre	*Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
Parentesco con Afiliado Principal: Pareja	_____	Hijo (hasta 18 años)	_____
Género: Femenino	_____	Masculino	_____
Fecha de Nacimiento :		_____	
*Peso: _____ lb		*Estatura: _____ Pies _____ Pulgadas	
Alergias: Penicilina		_____	Aspirina
_____		_____	Sulfa
_____		_____	Otras (especifique):
Condiciones: Hipertensión		_____	Diabetes
_____		_____	Asma
_____		_____	Otras (especifique):

Nombre	*Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
Parentesco con Afiliado Principal: Pareja	_____	Hijo (hasta 18 años)	_____
Género: Femenino	_____	Masculino	_____
Fecha de Nacimiento :		_____	
*Peso: _____ lb		*Estatura: _____ Pies _____ Pulgadas	
Alergias: Penicilina		_____	Aspirina
_____		_____	Sulfa
_____		_____	Otras (especifique):
Condiciones: Hipertensión		_____	Diabetes
_____		_____	Asma
_____		_____	Otras (especifique):

Este programa no está disponible para pacientes de la Reforma o los que reciben beneficios de Medicare o cualquier otro plan de salud público. Queda certificado que no recibes ninguno de estos beneficios. Certifico haber leído y acepto los Términos y Condiciones del Club de Recetas de Farmacias Aliadas.

Firma Afiliado Principal: _____ Fecha Afiliación: _____
 día / mes / año

La cantidad a pagar por tus medicamentos en el Club de Recetas de Farmacias Aliadas incluye ciertos medicamentos en dosis recetadas comúnmente, según establecido en el formulario. Para más información solicita el formulario en tu Farmacia Aliada o a través de la página de internet www.farmaciasaliadas.com