Reset

RESET FORM Save to Disk Save As...

CVS caremark™

Formulario para Ordenar El Servicio por Correo

Envíe este formulario a:

CVS Caremark
PO BOX 94467
PALATINE, IL 60094-4467

No. de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba)

Nombre del patrocinador del plan de recetas o nombre de la compañía

Por favor, doble aquí

Instrucciones:

Use **tinta azul o negra**, letras **mayúsculas**. Llene **ambos lados** de este formulario.

Recetas nuevas: Envíe sus recetas con este formulario. Número de recetas **nuevas**:

Reposiciones: Ordene por Internet, por teléfono, o escriba los números abajo. Número de **reposiciones**:

PARA RECIBIR SU PEDIDO MÁS PRONTO ordene las reposiciones o nuevas recetas en www.caremark.com o llame sin cargo el número en su tarjeta de identificación de beneficios.

A Dirección de envío. Para enviar a una dirección diferente de la indicada anteriormente, escribe aquí los cambios.

Apellido

Primer nombre

Inicial

Sufijo (JR, SR)

Dirección

No. de apto.

Use dirección de envío solamente para este pedido.

Ciudad

Estado

Código postal

No. telefónico/Día: - -

No. telefónico/Noche: - -

Por favor, doble aquí

B Reposiciones: Para ordenar sus reposiciones, escriba los números de las recetas abajo.

1) 2) 3) 4)

5) 6) 7) 8)

CVS Caremark desea proveerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. Para lograrlo, sustituiremos medicamentos de marca por equivalentes genéricos cuando sea posible. Si no desea que sustituyamos su medicamento por uno genérico, denos instrucciones específicas, más los nombres de los medicamentos, en la sección de "Instrucciones Especiales" de este formulario.

Por favor, doble aquí

* WEB *

Podemos enviar todas estas recetas en el mismo paquete a menos que se indique de otra manera.

Todas las reclamaciones por medicamentos recetados que se presenten a la Farmacia de CVS Caremark y utilicen este formulario se enviarán para pago a su plan de beneficios de medicamentos recetados. Si usted prefiere que no sean presentadas a su plan, no utilice este formulario. Puede llamar a Servicio al Cliente para hacer otros arreglos para la presentación de su pedido y pago.

Save to Disk Save As... Todos los derechos están reservados. P13-N

Save to Disk Save As...

C **Cuéntenos sobre las personas que piden recetas.** Si son más de dos, por favor complete otro formulario.

Primera persona con una reposición o receta nueva. ◯ Formularios/etiquetas en español

Apellido | Premer nombre | I | Sufijo

A P O D O | Género: ◯ M ◯ F | Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: | Fecha en que la receta fué escrita:

Apellido del médico | Primer nombre del médico | No. telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 1ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

Alergias: ◯ Ninguna ◯ Aspirina ◯ Cefalosporina ◯ Codeína ◯ Eritromicina ◯ Cacahuates ◯ Penicilina ◯ Sulfonamidas/Sulfa ◯ Otra:

Condiciones médicas: ◯ Artritis ◯ Asma ◯ Diabetes ◯ Reflujo gástrico ◯ Glaucoma ◯ Condición cardíaca ◯ Hipertensión ◯ Colesterol alto ◯ Migrañas ◯ Osteoporosis ◯ Trastornos de la próstata ◯ Tiroides ◯ Otra:

Segunda persona con una reposición o receta nueva. ◯ Formularios/etiquetas en español

Apellido | Premer nombre | I | Sufijo

A P O D O | Género: ◯ M ◯ F | Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: | Fecha en que la receta fué escrita:

Apellido del médico | Primer nombre del médico | No. telefónico del médico

Cuéntenos sobre nueva información de salud para la 2ª persona si nunca la proporcionó o si cambió.

Alergias: ◯ Ninguna ◯ Aspirina ◯ Cefalosporina ◯ Codeína ◯ Eritromicina ◯ Cacahuates ◯ Penicilina ◯ Sulfonamidas/Sulfa ◯ Otra:

Condiciones médicas: ◯ Artritis ◯ Asma ◯ Diabetes ◯ Reflujo gástrico ◯ Glaucoma ◯ Condición cardíaca ◯ Hipertensión ◯ Colesterol alto ◯ Migrañas ◯ Osteoporosis ◯ Trastornos de la próstata ◯ Tiroides ◯ Otra:

D **Instrucciones especiales:**

E **¿Cómo querría pagar por este pedido?** (Si su copago es $0, usted no necesita proveer la información de pago.)

◯ **Cheque electrónico.** Pague de su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llame a Servicio al Cliente.)

◯ **Tarjeta de crédito o de débito.** (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

◯ Use su tarjeta en récord.

◯ Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de expiración de su tarjeta.

Expira: MMAA

Firma dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

◯ **Cheque o giro postal.** Cantidad: $.

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escribe su No. de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta $40.

El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros: Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier saldo adeudado y para pedidos futuros.

◯ Llene el óvalo si **NO DESEA** utilizar este método de pago para los pedidos futuros.

La entrega regular es gratis y tomará hasta 5 días después de que su pedido sea procesado.

Si desea la entrega más rápida, escoja:

◯ **2º día laborable ($17)**

◯ **El próximo día laborable ($23)**

Entrega rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apt. de correo.

Tiempo de proceso luego de recibir el formulario:
- Reposiciones: 1-2 días
- Recetas nuevas/renovados: Dentro de 5 días a menos que se necesita información adicional de su médico

(Los costos pueden cambiar)

Por favor, doble aquí

* WEB *

Save to Disk Save As...