

Envíe este formulario a:

CVS CAREMARK
PO BOX 2110
PITTSBURGH, PA 15230-2110

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

Instrucciones:

Use **tinta azul o negra**, letras **mayúsculas**, y llene **ambos lados** de esta formulario.

Recetas Nuevas: Envíe sus recetas con este formulario.

Número de recetas **nuevas:**

Repeticiones: Ordene por Web, el teléfono, o escriba los números abajo.

Número de **repeticiones:**

PARA RECIBIR SU PEDIDO MÁS PRONTO ordene las repeticiones o nuevas recetas en www.caremark.com o llame sin cargo a **1-800-552-8159**.

A Dirección de envío. Para enviar a una dirección diferente de la indicada anteriormente, por favor cámbielo aquí.

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: - -

B Repeticiones: Para ordenar sus repeticiones, escriba los números de las recetas abajo.

1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____

5) _____ 6) _____ 7) _____ 8) _____

Los miembros de Medicaid no puede elegir la entrega de 2o día o del próximo día en la sección E de este formulario. Visite su farmacia minorista si necesita su receta de inmediato.

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

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.



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

C Díganos sobre las personas que consigue recetas. Si hay más de dos personas, por favor complete otra forma.

1ª persona con una repetición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en Español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

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 1ª persona si nunca proporcionó o si cambia.

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: _____

2ª persona con una repetición o receta nueva.

Formularios/etiquetas en Español

APELLIDO

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

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 2ª persona si nunca proporcionó o si cambia.

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®)

Llene este óvalo para utilizar su tarjeta en récord.

Llene este óvalo para utilizar una tarjeta nueva o para actualizar la fecha de expiración de su tarjeta.

de la Tarjeta Expira: MM/AA

Cheque o Giro Postal. Cantidad: \$

Firma del Dueño de la Tarjeta de Crédito/ Fecha

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

El Pago para Balance Adeudado y los Pedidos Futuros:

Si escogió Cheque Electrónico o un Tarjeta de Crédito o Débito, también lo utilizaremos para pagar por cualquier balance 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 10 días desde el día que envía este formulario.

Si desea la entrega más rápida, escoja:

2º Día Laborable (\$17) Los días laborables son lunes-viernes

El Próximo Día Laborable (\$23)

- Los costos para la entrega más rápida pueden cambiar.
- La entrega más rápida es para el tiempo de envío, no de proceso.
- La entrega más rápida sólo puede ser enviada a la dirección de un domicilio, no a un apartado de correo.



Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí