


	<p><b>Envíe este formulario a:</b></p> <p style="text-align: center;">                   CVS Caremark                  PO BOX 2110                  PITTSBURGH, PA 15230-2110             </p>
N.º 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** y escriba en 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 línea o por teléfono en el sitio web o número de teléfono en su tarjeta de identificación del miembro.

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

Apellido	Primer nombre	Inicial	Sufijo (JR, SR)
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Dirección	N.º de apto.	Use dirección de envío solamente para este pedido.	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
N.º telefónico/Día: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	N.º telefónico/Noche: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		

**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.

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 ↑

\* WEB \*

\* WEB \*

**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

A P O D O

Primer nombre

Sufijo (JR, SR)

Sexo:  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 \_\_\_\_\_ N.º 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: \_\_\_\_\_

**Afecciones médicas:**  Artritis  Asma  Diabetes  Reflujo gástrico  Glaucoma  Afección 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

A P O D O

Primer nombre

Sufijo (JR, SR)

Sexo:  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 \_\_\_\_\_ N.º 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: \_\_\_\_\_

**Afecciones médicas:**  Artritis  Asma  Diabetes  Reflujo gástrico  Glaucoma  Afección 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 llamar a Servicio al Cliente.)

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

Use su tarjeta en registrada.

Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de vencimiento de su tarjeta.

Vence: MMAA

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

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escriba su N.º de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es devuelto, le cargaremos hasta \$40.

**Pago para saldo adeudado y pedidos futuros:**

Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también utilizaremos ese método 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.

Firma del dueño de la tarjeta de crédito / Fecha

**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 laboral (\$17)**

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

**El próximo día laboral (\$23)**

**Tiempo de trámite luego de recibir el formulario:**

- Reposiciones: 1-2 días
- Recetas nuevas/renovadas: Dentro de 5 días a menos que se necesite información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

\* WEB \*

\* WEB \*