

Formulario de pedido de farmacia de servicio por correo

Envíe este formulario por correo a la siguiente dirección:


CVS Caremark Mail Service Pharmacy
PO BOX 659541
SAN ANTONIO, TX 78265-9541

Núm. de identificación de miembro
(si no se muestra o es diferente del anterior)

Nombre del patrocinador o compañía del plan de medicamentos recetados

Instrucciones:

use **tinta azul o negra** y escriba en **letras mayúsculas**. Llene **ambos lados** de este formulario.

Nuevos medicamentos recetados: envíe por correo con este formulario la información de sus nuevos medicamentos recetados.

Resurtidos: haga su pedido por Internet o por teléfono o escriba el número de las recetas médicas más adelante.

PARA RECIBIR SU PEDIDO ANTES, solicite resurtidos o nuevos medicamentos recetados en línea en www.caremark.com o llame al número gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro.

Cantidad de **nuevos**
medicamentos recetados:

Cantidad de medicamentos
recetados para **resurtido**:

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

Apellido

Nombre

Inicial del
segundo nombre (JR, SR)

Sufijo

Dirección

N.º de apartamento/habitación

Utilice la dirección
de envío solo para
este pedido.

Ciudad

Estado

Código postal

Núm. de teléfono
durante el día:

Núm. de teléfono
durante la noche:

B Resurtidos. Para solicitar resurtidos del servicio por correo, ingrese sus números de receta aquí.

1) _____	2) _____	3) _____	4) _____
5) _____	6) _____	7) _____	8) _____

El servicio de farmacia por correo de CVS Caremark quiere brindarle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. Para ello, sustituiremos medicamentos genéricos equivalentes por medicamentos de marca siempre que sea posible. Si no quiere que reemplacemos genéricos, proporcione instrucciones específicas, incluidos los nombres de los medicamentos, en la sección "Instrucciones especiales" de este formulario.

Podemos empaquetar todas estas recetas juntas, a menos que usted nos indique que no lo hagamos. Todas las reclamaciones de medicamentos recetados presentadas al servicio de farmacia por correo de CVS Caremark mediante este formulario se enviarán a su plan de beneficios de medicamentos recetados para su pago. Si no desea que se envíen a su plan, no use este formulario. Puede llamar a Atención al Cliente para hacer arreglos alternativos para el envío de su pedido y el pago.



Doble aquí →

Doble aquí →

* WEB *

Doble aquí →

Doble aquí →

* WEB *

C

Primera persona

☐ Formularios y etiquetas en español

Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre	Sufijo (JR, SR)
Apodo	Fecha de nacimiento:	Fecha de emisión del nuevo medicamento recetado:	
	MM-DD-AAAA		
Dirección de correo electrónico:			

<u>Apellido del médico</u>	<u>Nombre del médico</u>	<u>Nro. de teléfono del médico</u>
----------------------------	--------------------------	------------------------------------

Díganos sobre la nueva información de salud de la 1.ª persona si no lo ha hecho antes o si esta cambió.

Alergias: ☐ Ninguno ☐ Aspirina ☐ Cefalosporina ☐ Codeína ☐ Eritromicina ☐ Maní ☐ Penicilina
☐ Sulfa ☐ Otro: _____

Afecciones médicas: ☐ Artritis ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Reflujo ácido ☐ Glaucoma ☐ Problema cardíaco
☐ Presión arterial alta ☐ Colesterol alto ☐ Migraña ☐ Osteoporosis ☐ Problemas de próstata ☐ Tiroides
☐ Otro:

Segunda persona con un resurtido o un nuevo medicamento recetado.

☐ Formularios y etiquetas en español

Apellido															Nombre					Inicial del segundo nombre		Sufijo (JR, SR)		
Apodo										Fecha de nacimiento: MM-DD-AAAA														
Dirección de correo electrónico:															Fecha de emisión del nuevo medicamento recetado:									

Apellido del médico	Nombre del médico	Nro. de teléfono del médico
---------------------	-------------------	-----------------------------

Díganos sobre la nueva información de salud de la 2.ª persona si no lo ha hecho antes o si esta cambió.

Alergias: ☐ Ninguno ☐ Aspirina ☐ Cefalosporina ☐ Codeína ☐ Eritromicina ☐ Maní ☐ Penicilina
☐ Sulfá ☐ Otro: _____

Afecciones médicas: ☐ Artritis ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Reflujo ácido ☐ Glaucoma ☐ Problema cardíaco
☐ Presión arterial alta ☐ Colesterol alto ☐ Migraña ☐ Osteoporosis ☐ Problemas de próstata ☐ Tiroides
☐ Otro: _____

D

E

0 **Cheque electrónico.** Pague desde su cuenta bancaria. (Primero debe registrarse en línea o llamar a Atención al Cliente).

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

☐ Use la tarjeta que está archivada.

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

[illegible]

0 Cheques o giros de dinero. Monto: \$

- Haga un cheque o un giro de dinero a CVS Caremark.
- Escriba el número de identificación de su beneficio de medicamentos recetados en su cheque o pedido de dinero.
- Si el cheque es devuelto, le haremos un cargo de hasta \$40.

Pago por saldo adeudado y futuros pedidos: Si decide pagar con cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, la utilizaremos para cualquier saldo adeudado y para futuros pedidos, a menos que proporcione otra forma de pago.

☐ Rellene este óvalo si **NO** desea que utilicemos este método de pago para futuros pedidos.

Firma del titular de la tarjeta de crédito/fecha

El envío regular es gratuito y tarda hasta 5 días después de procesado su pedido.
Si desea una entrega más rápida, elija entre estas opciones:

○ **2.º día hábil (\$17)**

○ Siguiendo día hábil (\$23)

El envío más rápido
solo se puede hacer
a una dirección,
no a un apartado
de correos.

Tiempo estimado de procesamiento a partir de la recepción de este formulario:

- Resutados: 1-2 días
- Medicamentos recetados nuevos/renovados: En un plazo de 5 días, a menos que se necesite información adicional de su médico (cargos sujetos a cambios).

