



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

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 al 1-855-271-6603.

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: - -

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

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

Los miembros de Medicaid no pueden 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.

Queremos 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 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 *

