



Farmacia de servicio de pedidos  
por correo de CVS Caremark®

# Ofrecemos calidad y comodidad.



Ahorre tiempo y obtenga suministros para 90 días como máximo de los medicamentos recetados que toma regularmente (como medicamentos para la presión alta o la diabetes) a través de la farmacia de servicio de pedidos por correo de CVS Caremark.

## Reciba los medicamentos cuando los necesite.

No es necesario ir a la farmacia todos los meses. Le enviamos los suministros para 90 días por correo a su hogar, la oficina o el lugar donde esté de vacaciones. Su médico puede enviarnos directamente los resurtidos para ahorrarle aún más tiempo.

## Reciba cada entrega sin problemas.

Usted recibe el medicamento que necesita sin costo de envío. Un farmacéutico autorizado surte su receta y verifica la calidad. Nuestros paquetes son discretos, seguros y resisten cualquier clima.

## No se olvide de ninguna dosis con los recordatorios de resurtidos.

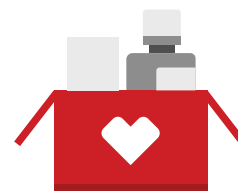
¿Necesita un recordatorio? Le enviaremos un mensaje de texto 10 días antes de cada resurtido para confirmar su pedido, hacer cambios o cancelarlo en cualquier momento. Descargue nuestra aplicación móvil para administrar y hacer un seguimiento de sus recetas en su tiempo libre.

Inscríbase hoy mismo en **Caremark.com**.

Su privacidad es importante para nosotros. Nuestros empleados reciben capacitación sobre la manera adecuada de manejar la información privada sobre su salud.

©2020 CVS Caremark. Todos los derechos reservados. 106-51798AS 051120

FRM060749SP00 (11/22)



## Tres formas fáciles de comenzar:

- **En línea**  
Regístrese o ingrese en Caremark.com.
- **Teléfono**  
Llame al 1-888-624-1139, las 24 horas, los siete días de la semana. Tenga preparado su número de identificación de miembro cuando llame.
- **Correo postal**  
Complete y envíe el formulario de servicio por correo. Asegúrese de incluir la receta original para un suministro de 90 días como máximo.



Envíe este formulario a:



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

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 [www.caremark.com](http://www.caremark.com) o llame sin cargo al 1-888-624-1139. TTY 711, 24 horas al día, 7 días a la semana.

**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)

Dirección

N.º de apto.

Use dirección de  
envío solamente  
para este pedido.

Ciudad

Estado

Código postal

N.º telefónico/Día:  -  -

N.º telefónico/Noche:  -  -

**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.

©2020 CVS Caremark. Todos los derechos están reservados. P13-N



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

Apodo

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

Apodo

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)

