FORMULARIO PARA ORDENAR EL SERVICIO POR CORREO

Envíe el formulario a:

CVS CAREMARK SAT SPTD
PO BOX 659541
SAN ANTONIO TX 78265-9541

Anote su No. de ID abajo, si no se muestra o si es diferente al de arriba

Nombre del Patrocinador del Plan de Recetas o Nombre de la Compañía

Por favor, doble aquí

DIRECCIONES: Use letra de molde con tinta **AZUL** o **NEGRA**, sólo en LETRAS MAYÚSCULAS. Llene completamente así (●) los símbolos ovalados. Complete ambos lados del formulario.

PARA PEDIDOS DE NUEVAS RECETAS: Envíe su(s) receta(s) con este formulario. **Número de recetas NUEVAS:**

PARA PEDIDOS DE RESURTIDOS: Haga su pedido por Internet,teléfono, o escriba el número de Rx a continuación. **Número de recetas a RESURTIR:**

PARA RECIBIR UN SERVICIO MÁS RÁPIDO, ordene las repeticiones en www.caremark.com o llame sin cargos a 1-866-329-3051.

DIRECCIÓN DE ENVÍO SI NO APARECE O ES DIFERENTE A LA INDICADA ANTERIORMENTE:

Apellidos

Primer Nombre

Inicial

Sufijo (JR, SR)

Dirección

No. de Apto.

○ **Use esta dirección solamente para este pedido.**

Ciudad

Estado

Código Postal

No. Telefónico/Día: - -

No. Telefónico/Noche: - -

INFORMACIÓN DE REPETICIONES:

Para pedidos de resurtidos, escriba su(s) numero(s) de receta(s) aquí:

1) 2) 3) 4)

5) 6) 7) 8)

A menos que se indique de otra manera, las recetas recibidas en un solo formulario, o en un solo sobre, pueden ser enviadas juntas en el mismo paquete.

©2009 Caremark. Todos los derechos están reservados P12-N

COMPLETE ESTA SECCIÓN PARA HASTA DOS INDIVIDUOS QUE DEBEN RECIBIR RECETAS CON ESTA ORDEN.

PRIMERA PERSONA QUE RECIBE RECETAS CON ESTE PEDIDO

◯ Tapas fácil de abrir ◯ Imprima los documentos en español

APELLIDOS _____ PRIMER _____ I Sufijo ___

APODO _____ Género: ◯ M ◯ F Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha de la nueva receta recibida del doctor: _____

Apellido del Médico _____ Primer Nombre del Médico _____ No. Telefónico del Médico _____

INFORMACIÓN DE ALERGIAS/SALUD: COMPLETE SÓLO SI HA CAMBIADO O NO SE INFORMÓ ANTERIORMENTE

Alergias: ◯ Ninguna ◯ Aspirina ◯ Cefalosporina ◯ Codeína ◯ Eritromicina ◯ Cacahuates ◯ Penicilina ◯ Sulfonamidas/Sulfa ◯ Otra: _____

Condiciones de Salud: ◯ Artritis ◯ Asma ◯ Diabetes ◯ GERD (Reflujo Gástrico) ◯ Glaucoma ◯ Condición Cardíaca ◯ Hipertensión ◯ Colesterol Alto ◯ Migrañas ◯ Osteoporosis ◯ Trastornos de la Próstata ◯ Tiroides ◯ Otra: _____

SEGUNDA PERSONA QUE RECIBE RECETAS CON ESTE PEDIDO

◯ Tapas fácil de abrir ◯ Imprima los documentos en español

APELLIDOS _____ PRIMER _____ I Sufijo ___

APODO _____ Género: ◯ M ◯ F Fecha de Nacimiento: MM-DD-AAAA

Dirección de e-mail: _____ Fecha de la nueva receta recibida del doctor: _____

Apellido del Médico _____ Primer Nombre del Médico _____ No. Telefónico del Médico _____

INFORMACIÓN DE ALERGIAS/SALUD: COMPLETE SÓLO SI HA CAMBIADO O NO SE INFORMÓ ANTERIORMENTE

Alergias: ◯ Ninguna ◯ Aspirina ◯ Cefalosporina ◯ Codeína ◯ Eritromicina ◯ Cacahuates ◯ Penicilina ◯ Sulfonamidas/Sulfa ◯ Otra: _____

Condiciones de Salud: ◯ Artritis ◯ Asma ◯ Diabetes ◯ GERD (Reflujo Gástrico) ◯ Glaucoma ◯ Condición Cardíaca ◯ Hipertensión ◯ Colesterol Alto ◯ Migrañas ◯ Osteoporosis ◯ Trastornos de la Próstata ◯ Tiroides ◯ Otra: _____

Comentarios/Instrucciones Especiales: _____

MÉTODO DE PAGO: Seleccione un método de pago a continuación

◯ Procesamiento de Cheque Electrónico (Requiere inscripción previa en línea o llamando a Servicio al Cliente.)

◯ Tarjeta de crédito o de débito (VISA®, MasterCard®, Discover®, o American Express®)

◯ **Facturar a tarjeta de crédito/débito usada recientemente**

◯ **Facturar a tarjeta de crédito/débito nueva/actualizada (proveer datos a continuación)**

de la Tarjeta _____ Expira: MMAA

Firma del Dueño de la Tarjeta de Crédito/ Fecha

◯ Cheque/Giro/Cheque de Cajero $ ____ . __

Cantidad

Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark y incluya su No. de Identificación en el cheque y giro postal. Los cheques devueltos sin fondo estarán sujetos a un cargo por tramitación de hasta $40, dependiendo de la ley del estado.
El método de pago seleccionado (salvo que enviara un cheque o giro postal) será usado en futuros pedidos, a menos que se provea una forma de pago distinta. También se usará para los cargos de cualquier balance adeudado.

LA ENTREGA REGULAR ES GRATIS
(Permita 7 a 10 días para la entrega)

Llene el óvalo para la entrega más rápida:

◯ 2do Día Laborable $17 por orden

◯ El Próximo Día Laborable $23 por orden

(Los costos están sujetos a cambios.)

Nota: La entrega rápida sólo afecta el tiempo de envío, no el procesamiento de su pedido. Los pedidos de entrega rápida sólo se pueden enviar a la dirección de un domicilio, no a un apartado de correo.

◯ Llene el óvalo si NO DESEA que el método de pago seleccionado se use automáticamente para los cargos de pedidos futuros.

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí