



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

FLY040027SO00



## 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.



**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  Primer nombre  Sufijo (JR, SR)

A P O D O  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  Primer nombre  Sufijo (JR, SR)

A P O D O  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)**

**El próximo día laboral (\$23)**

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

- 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 ↑

\* WEB \*

\* WEB \*