



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.

Formulario para Ordenar El Servicio por Correo

	<p>Envíe este formulario a:</p> <div style="text-align: center;">  <p>CVS Caremark PO BOX 94467 PALATINE, IL 60094-4467</p> </div>																				
No. de ID del miembro (si no se muestra o si es diferente al de arriba) <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>																					
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 número en su tarjeta de identificación de beneficios.

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)
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
Dirección	No. de apto.	<input type="radio"/> Use dirección de envío solamente para este pedido.	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		
Ciudad	Estado	Código postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
No. telefónico/Día: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	No. telefónico/Noche: <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>		

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.



Por favor, doble aquí ↑

* WEB *

* WEB *

