

Servicio de entrega en el hogar: obtenga medicamentos recetados en su hogar sin preocupaciones

CVS Caremark® ofrece una opción conveniente para recibir los medicamentos recetados que usted toma regularmente. Usted puede recibir directamente en su hogar, oficina u otra ubicación que le sea conveniente un suministro por 90 días de medicamentos de mantenimiento recetados.

Con el servicio de entrega en el hogar de CVS Caremark, usted recibe los medicamentos de forma segura en su domicilio en empaques sencillos, sin cargo adicional. Además, le informaremos cuándo el envío está en camino a fin de que pueda realizar cambios o cancelar el envío en cualquier momento.

Conveniencia

- Usted recibe los medicamentos directamente, lo que implica menos viajes a la farmacia.
- El servicio de correo no presenta complicaciones: nosotros nos comunicamos con su médico para obtener una receta por 90 días de su medicamento actual.
- Inscríbese una sola vez y listo.
- Administre sus medicamentos recetados y siga los pedidos las 24 horas del día, los 7 días de la semana en **Caremark.com**.

Seguridad

- Un farmacéutico revisa todos los medicamentos recetados a fin de garantizar que su pedido esté completo y sea el adecuado.
- Los medicamentos se envían en empaques sencillos, confidenciales, resistentes a la manipulación y con temperatura controlada (cuando sea necesario).



Comience hoy mismo

En línea:

- Visite **Caremark.com/mailservice**.
- **Regístrese** o **inicie sesión** y tenga su número de identificación de miembro a mano.
- Siga los pasos que se indican para solicitar un medicamento recetado. Una vez que tengamos su información, nos comunicaremos con su médico para obtener una receta por 90 días.

Teléfono:

- Comuníquese sin cargo al 1-888-624-1139 (TTY 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.
- Tenga preparado: su número de identificación de miembro, la lista de medicamentos a largo plazo, la información del médico y la forma de pago.
- Su médico también puede llamar para solicitar la receta con la información de su tarjeta de identificación de miembro, fecha de nacimiento y dirección postal.

Correo:

- Complete y envíe el formulario de servicio por correo.
- Asegúrese de incluir la receta original de su médico para un suministro de hasta 90 días.

Caremark.com



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 1-888-624-1139, TTY 711, 24 horas al día, 7 días a la semana.

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) _____

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 ↑

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

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

Género: 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

No. 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: _____

Condiciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Condición 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

1er NOMBRE

I Sufijo

APODO

Género: 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

No. 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: _____

Condiciones médicas: Artritis Asma Diabetes Reflujo gástrico Glaucoma Condición 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 llame a Servicio al Cliente.)

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

Use su tarjeta en récord.

Use una tarjeta nueva o actualice la fecha de expiración de su tarjeta.

de la Tarjeta Expira: MM AA

Cheque o giro postal. Cantidad: \$ _____

- Haga su cheque o giro postal a nombre de CVS Caremark.
- Escriba su No. de identificación de beneficios en su cheque o giro postal.
- Si su cheque es regresado, le cargaremos hasta \$40.

El pago para saldo adeudado y los pedidos futuros:
 Si escogió cheque electrónico o una tarjeta de crédito o débito, también lo utilizaremos 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 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 laborable (\$17)

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

El próximo día laborable (\$23)

Tiempo de proceso luego de recibir el formulario:
 • Reposiciones: 1-2 días
 • Recetas nuevas/renovados: Dentro de 5 días a menos que se necesita información adicional de su médico (Los costos pueden cambiar)



Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑

Por favor, doble aquí ↑