

**FORMULARIO PARA  
ORDENAR EL SERVICIO  
POR CORREO**

Envíe el formulario a:

No. de Identificación/Participante Primario del Plan (Vea su tarjeta de medicinas):

(Anoté su No. de Identificación abajo, si no se muestra o si es diferente al de arriba)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Use este formulario para ordenar sus recetas NUEVAS y/o las repeticiones del servicio por correo. Por favor, use letra de molde con tinta **AZUL** o **NEGRA**, sólo en LETRAS MAYÚSCULAS. PARA RECIBIR UN SERVICIO MÁS RÁPIDO: Ordene las repeticiones y verifique su información de beneficio en:

**Información de Envío** (Complete **SOLAMENTE SI ES DIFERENTE** o no se muestra arriba)

Apellido  Primer Nombre  Inicial  Sufijo (JR, SR)

Dirección  No. de Apto./Suite

Ciudad  Estado  Código Postal

No. Telefónico/Día:  -  -

Llene el óvalo si es la dirección para una sola vez.

No. Telefónico/Noche:  -  -

**Información de Receta** (Si requiere más espacio para etiquetas de repeticiones, use la forma "Refill Order Continuation Form" y envíela con esta orden.)

Para ordenar prescripciones NUEVAS, envíe la receta del médico con esta orden. No. de recetas: Nuevas  repeticiones  Total

Coloque aquí la etiqueta de la repetición de Caremark   
  
 anote arriba el número de la receta

Coloque aquí la etiqueta de la repetición de Caremark   
  
 anote arriba el número de la receta

Al menos que se indique de otra manera, todas las recetas recibidas en un solo formulario, o en un solo sobre, pueden ser enviadas juntas en el mismo paquete.  
**Por favor, vea al reverso para proveer información adicional.**



Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

Por favor, doble aquí

**Información del Participante del Plan: Llene para los participantes del plan que reciben una receta con esta orden.**

**No.1:**  Indique si participa en Medicare Parte B.  Tapas fácil de abrir  Imprima los documentos del servicio por correo en español.

Apellido  Primer Nombre  Inicial  Sufijo (JR, SR)

Apodo  Género:  M  F Fecha de Nacimiento:  -  -

Dirección de correo electrónico:

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

**COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ALERGIAS/SALUD, SÓLO SI HA CAMBIADO O NO SE INFORMÓ ANTERIORMENTE**

**Alergias:**  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Maní  Penicilina  Sulfonamidas/Sulfa  
 Ninguna  Otra:

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

**No.2:**  Indique si participa en Medicare Parte B.  Tapas fácil de abrir  Imprima los documentos del servicio por correo en español.

Apellido  Primer Nombre  Inicial  Sufijo (JR, SR)

Apodo  Género:  M  F Fecha de Nacimiento:  -  -

Dirección de correo electrónico:

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

**COMPLETE LA INFORMACIÓN DE ALERGIAS/SALUD, SÓLO SI HA CAMBIADO O NO SE INFORMÓ ANTERIORMENTE**

**Alergias:**  Aspirina  Cefalosporina  Codeína  Eritromicina  Maní  Penicilina  Sulfonamidas/Sulfa  
 Ninguna  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 e Instrucciones Especiales:

**Método de Pago/Información de Envío**

Haga su cheque o giro postal a nombre de **Caremark**. Incluya su No. de Identificación en todos los cheques y giros postales.

Cheque  Giro Postal o Cheque de Cajero  Vale/Cupón

**Total del pago incluido:** \$

(Excluyendo los pagos con tarjeta de crédito)

Los cheques devueltos sin fondo estarán sujetos a un cargo por tramitación de hasta \$40, dependiendo de la ley del estado.

O pague con tarjeta de crédito o de débito (preferible). Aceptamos VISA®, MasterCard®, Discover® y American Express®

Marque el óvalo para hacer los cargos a la tarjeta de crédito utilizada recientemente para este pedido y para los futuros pedidos de todos los participantes incluidos en su familia.

Marque el óvalo para hacer los cargos a la tarjeta de crédito utilizada recientemente para este pedido solamente.

Para añadir, cambiar o poner al día la información acerca de su tarjeta de crédito, use el espacio disponible abajo:

-

Número de la Tarjeta de Crédito/Débito Fecha de Vencimiento

Firma del Dueño de la Tarjeta de Crédito Fecha

El costo de la receta y del gasto de envío inmediato (si se solicita) se cargarán a su tarjeta de crédito.

Su orden le será enviada como entrega normal, sin costo adicional. Permita de 10 a 14 días para la entrega normal. Si quiere recibirla más rápido, marque abajo el óvalo apropiado. La entrega rápida sólo afecta el envío, no el tiempo de procesamiento de su orden. La entrega rápida sólo se puede enviar a una dirección física, no a una dirección postal.

**Llene el óvalo para la entrega rápida:**

2<sup>do</sup> Día laborable = \$13 (por orden)  El Próximo Día laborable = \$18 (por orden)

(Los costos están sujetos a cambios.)

El participante del plan reconoce que la elegibilidad bajo el beneficio de medicamentos, está sujeta a la verificación del Plan y que usted/sus dependientes no tienen una cubierta primaria de medicina bajo otro plan.

