

Complete esta sección para hasta dos individuos que deben recibir recetas con esta orden.

No.1: Participa en Medicare Parte B Tapas fácil de abrir Imprima los documentos en español
Apellido Primer Nombre Inicial Sufijo (JR, SR)
Apodo Género: M F Fecha de Nacimiento: - -
Dirección de e-mail: Fecha de la nueva receta recibida del doctor:

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 Cacahuates 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: Participa en Medicare Parte B Tapas fácil de abrir Imprima los documentos en español
Apellido Primer Nombre Inicial Sufijo (JR, SR)
Apodo Género: M F Fecha de Nacimiento: - -
Dirección de e-mail: Fecha de la nueva receta recibida del doctor:

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 Cacahuates 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/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 Cantidad del cheque/giro postal: \$
(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 individuos 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:

- 2º Día laborable = \$13 (por orden)
- El Próximo Día laborable = \$18 (por orden)

(Los costos están sujetos a cambios.)

Al someter este formulario usted 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.

