

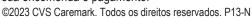
## Formulário de Encomenda de Farmácia com Serviço de Correio

	Envie este formulário para:	
Número de identificação do membro (se não estiver indicado ou se for diferente do acima indicado)	Urlululululululululululululululululululu	
Nome do Patrocinador do Plano de Receitas Médicas ou da Empresa		
Instruções:	Sanda Duranda ankara III. II. ( 5 )	
Novas receitas – Envie as suas novas receitas por correio juntamente com este formulário.	úsculas. Preencha ambos os lados deste formulário.  Número de novas receitas:	
Recargas – Encomende pela Internet, por telefone ou escreva o(s) número(s) da(s) Rx abaixo.  PARA RECEBER A SUA ENCOMENDA MAIS RAP	Número de receitas médicas para <b>recarga</b> :	
	o número gratuito indicado no seu cartão de membro.	
A Endereço de entrega. Para enviar para um endereço diferente do impresso acima, insira as alterações aqui.		
Apelido	Nome próprio MI Sufixo (JR, SR)	
Endereço	Apartamento/suíte n.º  Utilize o endereço de entrega apenas para esta encomenda.	
Cidade  Telefone durante o dia:	Estado Código postal:  Telefone à noite:	
B Recargas. Para encomendar recargas por serviço d	e correio, insira aqui o(s) número(s) da(s) sua(s) receita(s).	
1)2)	3)4)	
5)6)	7) 8)	
A farmácia com serviço de correio CVS Caremark qu	ner fornecer-lhe medicamentos de alta qualidade ao	

Podemos embalar todas estas receitas juntas, a menos que nos indique o contrário.

Todos os pedidos de reembolso de receitas médicas enviadas à farmácia com serviço de correio CVS Caremark utilizando este formulário serão encaminhadas ao seu plano de benefícios de receitas médicas para pagamento. Se não desejar que sejam enviadas para o seu plano, não utilize este formulário. Pode ligar para o Apoio ao Cliente para tomar outras providências para o envio da sua encomenda e pagamento.





Primeira pessoa com uma recarga ou receita nova.	O Formulários e etiquetas em espanho
	Sufixo (ID SR)
	(JR, SR)
Data de nasci	mento: Label La ata da nova receita médica:
Endereço de e-mail: D	ata da nova receita medica.
Apelido do médico Nome do médico	Número de telefone do médico
Comunique-nos novas informações de saúde para a primeira pess	soa, caso estas ainda não tenham sido
indicadas ou tenham sofrido alterações. <b>Alergias:</b> Nenhuma Aspirina Cefalosporina Codeína  Sulfa Outras:	Eritromicina () Amendoim () Penicilina
Condições médicas: Artrite Asma Diabetes Refluxo áco Hipertensão arterial Colesterol elevado Enxaqueca Osteol Outras:	
Segunda pessoa com recarga ou nova receita.	O Formulários e etiquetas em espanh
	Sufixo
	(JR, SR)
Data de nasci	
Endereço de e-mail: D	oata da nova receita médica:
Apelido do médico Nome do médico	Número de telefone do médico
Comunique-nos novas informações de saúde para a primeira pess	soa, caso estas ainda não tenham sido
Condições médicas: Artrite Asma Diabetes Refluxo áo Hipertensão arterial Colesterol elevado Enxaqueca Osteol Outras:	
Instruções especiais:	
ilistruções especiais.	
Como gostaria de pagar esta encomenda? (Se a sua coparticipa	ção for de \$0, não é necessário fornecer
informações de pagamento.) () <b>Cheque eletrónico.</b> Pague a partir da sua conta bancária. (Deve	e primeiro registar se opline ou ligar para
o Apoio ao Cliente.)	e primeiro registar-se oriline ou ligar para
0 0 - 1	
Cartão de crédito ou débito. (VISA®, MasterCard®, Discover® o ∪ Utilize o seu cartão registado.	u American Express®)
Utilize um novo cartão ou atualize a data de validade do seu c	artão.
Data de validade	
Cheque ou ordem de pagamento. Montante: \$ .	Assinatura do titular do cartão de crédito/Data
Emita o cheque ou ordem de pagamento em nome da CVS	A entrega normal é gratuita e demora até 5 dia após o processamento da sua encomenda.
Caremark.  • Escreva o número de identificação do seu benefício de receita	Se desejar uma entrega mais rápida, escolha:
médica no cheque ou ordem de pagamento.	
0	2.º dia útil (\$17)  A entrega mais rápida pode ser enviada para endereço físico, não enderee endereço físico, não endere endereço físico, não endereço físico, não endereço físico, não endereço físico, não endere
<ul> <li>Se o seu cheque for devolvido, cobraremos até \$40.</li> </ul>	2.º dia útil (\$17) Próximo dia útil (\$23)  A entrega mais rápido pode ser enviada para endereço físico, não uma caixa postal
Pagamento do saldo devido e encomendas futuras: Se optar por cheque eletrónico ou cartão de crédito ou débito, utilizaremos esse meio de pagamento para saldar qualquer saldo pendente e para encomendas futuras, a menos que indique outra forma de pagamento.	2.º dia útil (\$17) Próximo dia útil (\$23)  Tempo de processamento previsto a partir da receção des formulário: Recargas: 1-2 dias Receitas novas/renovadas: No prazo de 5 dias, a menos qu sejam necessárias informações adicionais do seu médico
Pagamento do saldo devido e encomendas futuras: Se optar por cheque eletrónico ou cartão de crédito ou débito, utilizaremos esse meio de pagamento para saldar qualquer saldo pendente e para	2.º dia útil (\$17) Próximo dia útil (\$23)  A entrega mais rápida pode ser enviada para endereço físico, não p uma caixa postal  Tempo de processamento previsto a partir da receção dest formulário: Recargas: 1-2 dias Receitas novas/renovadas: No prazo de 5 dias, a menos que