



Dobre aqui!



Cobre aqui



C Informe-nos sobre as pessoas que encomendam receitas médicas. Se houver mais de duas pessoas, preencha outro formulário.

Primeira pessoa com uma recarga ou receita nova.

☐ Formulários e etiquetas em espanhol

Sufixo
(JR, SR)

Data de nascimento:

Endereço de e-mail: Data da nova receita médica:

Apelido do médico

Nome do médico

Número de telefone do médico

Comunique-nos novas informações de saúde para a primeira pessoa, caso estas ainda não tenham sido indicadas ou tenham sofrido alterações.

Alergias: ☐ Nenhuma ☐ Aspirina ☐ Cefalosporina ☐ Codeína ☐ Eritromicina ☐ Amendoim ☐ Penicilina
☐ Sulfa ☐ Outras:

Condições médicas: ☐ Artrite ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Refluxo ácido ☐ Glaucoma ☐ Problemas cardíacos
☐ Hipertensão arterial ☐ Colesterol elevado ☐ Enxaqueca ☐ Osteoporose ☐ Problemas da próstata ☐ Tireóide
☐ Outras:

Segunda pessoa com recarga ou nova receita.

☐ Formulários e etiquetas em espanhol

Sufixo
(JR, SR)

Data de nascimento: - -

Endereço de e-mail: Data da nova receita médica:

Apelido do médico

Nome do médico

Número de telefone do médico

Comunique-nos novas informações de saúde para a primeira pessoa, caso estas ainda não tenham sido indicadas ou tenham sofrido alterações.

Alergias: ☐ Nenhuma ☐ Aspirina ☐ Cefalosporina ☐ Codeína ☐ Eritromicina ☐ Amendoim ☐ Penicilina
☐ Sulfa ☐ Outras:

Condições médicas: ☐ Artrite ☐ Asma ☐ Diabetes ☐ Refluxo ácido ☐ Glaucoma ☐ Problemas cardíacos
☐ Hipertensão arterial ☐ Colesterol elevado ☐ Enxaqueca ☐ Osteoporose ☐ Problemas da próstata ☐ Tireóide
☐ Outras:

D Instruções especiais:

E Como gostaria de pagar esta encomenda? (Se a sua coparticipação for de \$0, não é necessário fornecer informações de pagamento.)

☐ **Cheque eletrónico.** Pague a partir da sua conta bancária. (Deve primeiro registar-se online ou ligar para o Apoio ao Cliente.)

☐ **Cartão de crédito ou débito.** (VISA®, MasterCard®, Discover® ou American Express®)

☐ Utilize o seu cartão registado.

☐ Utilize um novo cartão ou atualize a data de validade do seu cartão.

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 Caremark.

• Escreva o número de identificação do seu benefício de receita médica no cheque ou ordem de pagamento.

• Se o seu cheque for devolvido, cobraremos até \$40.

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.

☐ Preencha este oval se **NÃO** desejar que utilizemos este método de pagamento para encomendas futuras.

A entrega normal é gratuita e demora até 5 dias após o processamento da sua encomenda.

Se desejar uma entrega mais rápida, escolha:

☐ **2.º dia útil (\$17)**

A entrega mais rápida só pode ser enviada para um endereço físico, não para uma caixa postal

☐ **Próximo dia útil (\$23)**

Tempo de processamento previsto a partir da receção deste formulário:

• Recargas: 1-2 dias

• Receitas novas/renovadas: No prazo de 5 dias, a menos que sejam necessárias informações adicionais do seu médico (Tarifas sujeitas a alterações)

