



## 郵購服務藥房訂單表

將此表郵寄至：

CVS Caremark Mail Service Pharmacy  
PO BOX 2110  
PITTSBURGH, PA 15230-2110

會員 ID 號 (若未顯示或與上文有所不同)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

處方藥計劃贊助商或公司名稱

## 說明：

請使用藍色或黑色墨水，並以大寫字母正楷填寫。請填寫本表的兩面。

新處方藥 - 將新處方隨此表郵寄。

新處方藥的數量：

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

續配 - 透過網路、電話或在下方寫下處方號訂購。

續配處方藥的數量：

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

要盡快收到您訂購的藥物，請瀏覽 [www.caremark.com](http://www.caremark.com) 在線上申請續配藥物或新處方，  
或撥打會員身份卡上的免費電話。

## A 送貨地址。要運送到與上述地址不同的地址，請在此處輸入變更。

姓氏

名字

中間名 後綴 (JR、SR)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

街道地址

公寓/套房號碼

僅此訂單使用此  
送貨地址。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

城市

州

郵遞區號

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

日間電話號碼：

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

夜間電話號碼：

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## B 續配。如需訂購郵寄服務續配藥物，請在此處輸入您的處方編號。

1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_

CVS Caremark 郵寄服務藥房希望以最佳價格為您提供高品質的藥物。為此，我們將盡可能以等效副廠藥替代原廠藥。如果您不希望我們用副廠藥替代，請在本表的「特殊指示」部分中提供具體的指示，包括藥名。

我們可能會將所有這些處方藥物包裝在一起，除非您告訴我們不要這樣做。

使用此表格提交給 CVS Caremark 郵寄服務藥房的所有處方藥理賠將提交給您的處方藥福利計劃以讓其付款。如果您不希望這些理賠提交給您的計劃，請勿使用此表。您可致電客戶服務部，就提交訂單和付款作出替代安排。



C

請告知我們有關訂購處方藥的人員的情況。如果人數超過兩人，請另外填寫一份表格。

續配藥物或配取新處方藥的第一人。

☐ 西班牙文表格和標籤

姓氏

名字

中間名  後綴  (JR, SR)

暱稱

出生日期：MM-DD-YYYY  -  -

電子郵件地址：.....

新處方開立日期：.....

醫生姓氏

醫生名字

醫生電話號碼

如果從未提供或發生變化，請告訴我們第一個人的新健康資訊。

過敏：☐ 無 磺 ☐ 阿斯匹 ☐ 頭孢菌素 ☐ 可待因 ☐ 紅黴素 ☐ 花生 ☐ 盤尼西  
☐ 胺 ☐ 靈 其 .....

醫療狀況：☐ 關節炎 ☐ 哮喘 ☐ 糖尿病 ☐ 胃酸逆流 ☐ 青光眼 ☐ 心臟問題  
☐ 高血壓 ☐ 高膽固醇 ☐ 偏頭痛 ☐ 骨質疏鬆症 ☐ 攝護腺問題 ☐ 甲狀腺  
☐ 其他：.....

續配藥物或配取新處方藥的第二人。

☐ 西班牙文表格和標籤

姓氏

名字

中間名  後綴  (JR, SR)

暱稱

出生日期：MM-DD-YYYY  -  -

電子郵件地址：.....

新處方開立日期：.....

醫生姓氏

醫生名字

醫生電話號碼

如果從未提供或發生變化，請告訴我們第二人的新健康資訊。

過敏：☐ 無 磺 ☐ 阿斯匹 ☐ 頭孢菌素 ☐ 可待因 ☐ 紅黴素 ☐ 花生 ☐ 盤尼西  
☐ 胺 ☐ 靈 其 .....

醫療狀況：☐ 關節炎 ☐ 哮喘 ☐ 糖尿病 ☐ 胃酸逆流 ☐ 青光眼 ☐ 心臟問題  
☐ 高血壓 ☐ 高膽固醇 ☐ 偏頭痛 ☐ 骨質疏鬆症 ☐ 攝護腺問題 ☐ 甲狀腺  
☐ 其他：.....

D

特殊指示：.....

E

您想如何支付此訂單的費用？（如果您的共付額為 \$0，您不需要提供付款資訊。）

☐ 電子支票。從您的銀行帳戶付款。（您必須先線上註冊或致電客戶服務部。）

☐ 信用卡或簽帳卡。（VISA®、MasterCard®、Discover® 或 American Express®）

☐ 使用您存檔的卡。

☐ 使用新卡或更新您的卡到期日期

有效期  
MMYY

☐ 支票或匯票。金額：\$

- 支票或匯票抬頭為 CVS Caremark。
- 請在支票或匯票上填寫您的處方藥福利 ID 編號。
- 如果您的支票被退回，我們將最多向您收取 \$40。

**到期欠款和未來訂單的付款：**如果您選擇電子支票或信用卡或簽帳卡，我們將使用它來支付任何到期欠款和未來的訂單，除非您提供其他付款方式。

☐ 如果您不希望我們在未來的訂單中使用此付款方式，請填入此橢圓形。

信用卡持有人簽名/日期

一般送達為免費，訂單處理後最長 5 天內送達。

若需加速送達，請選擇：

☐ 第二个工作日 (\$17)

☐ 下一個工作日 (\$23)

加速送達  
僅限寄送  
至街道地址。  
恕不送貨至郵政信箱

收到此表格後的預計處理時間：

續配：1-2 天

新開/更新處方：除非需向醫生索取補充資訊，否則 5 天內送達

（費用可能有變更）

MOF FAX 1123 PIT



Please fold here ↑

↑ Please fold here

Please fold here ↑

↑ Please fold here