ProCare PharmacyCare

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POR CORREO / MAIL ORDER PHARMACY PROGRAM

FORMULARIO DE REGISTRO Y ORDEN DE MEDICAMENTOS/SERVICE REGISTRATION AND PRESCRIPTION ORDER FORM

Favor de incluir su receta junto con este formulario.
Please include your prescription with this form.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/PATIENT INFORMATION

Apellido *Last Name*	Nombre *First Name*	Inicial *Initial*
Fecha de Nacimiento *Date of Birth (mm/dd/yy)*		Sex *Sexo* ☐ M ☐ F
Dirección Postal *Mailing address*		Teléfono Residencial *Home Telephone*
Dirección Física *Physical address*		Teléfono del Trabajo *Work Telephone*
Ciudad *City*	País *State or Country*	Código Postal *Zip Code*

Deseo recibir la información de medicamentos despachados en: Español ☐ Inglés ☐
I want to receive information about dispensed medication in: Spanish English

INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO/HEALTH INSURANCE INFORMATION

Número de Contrato del Paciente *Patient 's Contract Number*	Número de Grupo *Group Number*			
Nombre del Asegurado Principal *Name of Policyholder*				
Relación con Asegurado Principal *Relationship with Policyholder*	☐ Asegurado *Self*	☐ Esposa (o) *Spouse*	☐ Hijo (a) *Child*	

INFORMACIÓN DEL MÉDICO/PHYSICIAN INFORMATION

Nombre del Médico *Physician's Name*	
Teléfono *Telephone*	Fax *Fax*

HISTORIAL DE SALUD/HEALTH HISTORY

Alergias
Allergies

☐ Iodo *Iodine*	☐ Aspirina *Aspirin*	☐ Penicilina *Penicillin*	☐ Codeina *Codeine*	☐ Sulfa *Sulfa*	☐ Ninguna *None*	☐ Otras (especifique) *Others (Specify)*

Condiciones de Salud
Health Conditions

☐ Tiroides *Thyroid*	☐ Diabetes *Diabetes*	☐ Glaucoma *Glaucoma*	☐ Hipertensión *Hypertension*	☐ Epilepsia *Epilepsy*	☐ Úlceras *Ulcer*	☐ Artritis *Arthritis*	☐ Condiciones Cardiacas *Heart Conditions*

☐ Otras (especifique)
Others (Specify)

Medicamentos que utiliza actualmente (especifique dosis)
Medications currently in use (specify dose)

CONTINUA AL DORSO
PLEASE TURN OVER

FORMA DE PAGO/METHOD OF PAYMENT

Tarjeta de Crédito
Credit Card

☐ Visa	☐ Master Card	☐ American Express	☐ Discover

Número *Number*	Fecha de Expiración *Expiration Date*

AUTORIZACIÓN/AUTHORIZATION

Los pagos vencen con cada orden. Para esta orden y órdenes futuras se utilizará como forma de pago la tarjeta de crédito seleccionada a menos que usted autorice otra.

Payment is due with each order. To bill this order and future orders, the credit card selected will be use as method of payment, unless you authorize another one.

Firma *Signature*	Fecha *Date*

***Procare Pharmacy Care*, LLC. despachará medicamentos bioequivalentes de acuerdo a las disposiciones de ley y según sea autorizado por su médico. Si usted no desea medicamentos bioequivalentes favor de marcar el encasillado a continuación:**

Procare Pharmacy Care, LLC. will dispense bioequivalent medications according to law regulations and your physician's authorization. If you do not want bioequivalent medications, please check the box below:

☐ **No deseo medicamentos bioequivalentes/I do not want bioequivalent medications**
(Si marca el encasillado pudiera aplicar un copago mayor/By checking this box, a higher copayment amount may apply)

Favor enviar este formulario y su receta original a la siguiente dirección:
Please send this formulary and the original prescription to the following address:

ProCare Pharmacy Care, LLC.
2850 N Commerce Parkway
Miramar, FL 33025

El médico puede enviar la receta por fax a Procare Pharmacy Care para ser procesada. Por favor llame a la farmacia antes de que su médico envíe la receta, para confirmar su dirección de correo y proveer el método de pago: **1 (800) 662-0586, Opción 2.**

The doctor may fax the prescription to Procare Pharmacy Care to be processed. Please call the pharmacy prior to having your doctor send the prescription to confirm your shipping address and provide payment: **1 (800) 662-0586, Option 2.**

Para dudas o preguntas favor de llamar al Centro de Servicio de Correo de MC-Rx:

If you have any doubt or question please call MC-Rx's Mail Order Call Center:

Teléfono Libre de Cargo/Toll Free Number
1-866-881-6221

Horario de Servicio/Service Hours
Lunes a Viernes: 9:00 a.m. Est to 6:00 p.m. Est / Monday to Friday: 9:00 a.m. Est - 6:00 p.m. Est
Sábado: 9:00 a.m. Est to 1:00 p.m. Est / Saturday: 9:00 a.m. Est to 1:00 p.m. Est