

PROGRAMA DE MEDICAMENTOS POR CORREO

Pars inscribirse en línea: Vaya a https://portal.procarerx.com/ y haga clic en "Registro de Nuevo Cliente." Para procesar su registro manulmente, complete el formulario y siga las instrucciones de envío al final de la página.

FORMULARIO DE REGISTRO Y ORDEN DE MEDICAMENTOS

(Favor de incluir su receta junto con este formulario.)

A pollidos	PACIENTE		Nombre					Inicial
Apellidos					<u> </u>			Inicial
Fecha de Nacimiento Sexo			М	F Teléfono Residencial		encial	Número de Celular	
Dirección Postal				Cuidad		Estado	Códig	go Postal
Dirección Fisica				Cuidad		Estado	Códig	go Postal
B. INFORMACIÓN DEL	PLAN MÉDICO							
Nombre del Asegurado Principal					Número de Identificación del Paciente			
Número de Grupo		Rel	elación con Asegurado Pri		rincipal Mismo	Esposa (o)		Hijo (a)
C. INFORMACIÓN DEL	MÉDICO							
Nombre del Médico								
Teléfono					Fax			
D. HISTORIAL DE SALUD) (Si necesita más es	spacio,	utilice una l	noja de pape	l adicionel.)	E. FORMA DE PA	GO	
Alergias	Condicions de Salud		Medicamentos Actuale (especifique la dosis)			Los pagos vencen con cada orden. Para esta orden y órdines futuras se utilizará como forma de pago la tarjeta de crédito seleccionada a menos que usted autorice otra.		
Yodo	Tiroides					Tarjeta de Crédito:		
Aspirina	Diabetes					Visa		American Express
Penicilina	Glaucoma					Mastercard		Discover
Codéina	Hipertensiór					Número de Tarjeta		
Sulfa	Epilepsia					_		
Cephalosporin	Úlceras					Fecha de Expiració	on	
Ninguno	Úlceras Artritis					Fecha de Expiració	on	
·	Úlceras Artritis Cardiacas					Fecha de Expiració	on	
Ninguno	Úlceras Artritis Cardiacas Asma	figue)					on	
Ninguno	Úlceras Artritis Cardiacas	fique)					on	
Ninguno Otras (specifique)	Úlceras Artritis Cardiacas Asma	fique)				Firma	on	
Ninguno	Úlceras Artritis Cardiacas Asma	fique)			(Número de Celul	Firma		efono

ProCare Rx PharmacyCare, 2850 North Commerce Parkway, Miramar, FL 33025

Por favor, envíe este formulario y la receta original con el nombre la fecha de nacimiento del paciente escritos en ella a la siguiente dirección:

Horario: De lunes a Viernes 8 am a 6 pm (ET), sabados de 9 am a 1 pm (ET) | PH 800-862-0586 | FAX 800-662-0590 | TTY LINE 711 Correo electrónico: HomeDelivery@ProCareRx.com

El médico puede enviar la receta por fax a ProCare Rx PharmacyCare para ser procesada. Por favor llame a la farmacia antes de que su médico envie la receta, para confirmar su dirección de envío y proveer el método de pago: 1 (800) 662-0586, Opción 2.