

**Para garantizar la entrega rápida, por favor verifique sus prescripción (es) antes de salir del consultorio del médico para asegurarse de que:**

- El nombre del médico es legible.
- El nombre del paciente es legible.
- La dosis diaria exacto se especifica.
- El miligramo exacta se especifica.
- Una cantidad de 90 días indicado.
- El número de reposiciones tendrá una duración de 1 año.

### **Reposiciones por teléfono**

Llame a ProCare PharmacyCare Reposiciones-por-telefono Centro de Voz Interactiva : 800-662-0586 utilice un teléfono de tonos. Tenga a mano el número de prescripción(es), que se encuentra en el frasco del medicamento, al momento de llamar.

### **Reposiciones por Internet**

Para rellenar la prescripción (es) por el Internet, simplemente complete el formulario de solicitud de reposiciones que se encuentra en [www.procarerx.com](http://www.procarerx.com) bajo el "pedido por correo" opción que aparece en la página .

### **Reposiciones por correo**

Con su primer pedido, le enviaremos un "formulario de pedido de prescripción" para ordenar reposiciones.

- Complete todas las secciones del formulario.
- Coloque la etiqueta de ProCare Rx en el espacio proporcionado (ejemplo se muestra a continuación).
- Incluya el metodo de pago (si aplicable).
- Envíe por correo su solicitud utilizando el sobre adjunto.

ProCare PharmacyCare  
3891 Commerce Pkwy  
Miramar, FL 33025



Llame al numero gratuito de ProCare Rx:

**800-662-0586**

Fax: 800-662-0590

**TTY Line: 711**

lunes - viernes

8:00 am to 8:00 pm (ET)

sabado 9:00 am to 1:00 pm (ET)

[HomeDelivery@ProCareRx.com](mailto:HomeDelivery@ProCareRx.com)

**ProCare PharmacyCare**

Miramar, FL

Las Vegas, NV

**HST Pharmacy**

Gainesville, GA



**ProCare Rx**

**Formulario de pedido  
de prescripción y  
Perfil del paciente para  
Nuevos Miembros**

**800-662-0586**

**TTY Line: 711**

[HomeDelivery@ProCareRx.com](mailto:HomeDelivery@ProCareRx.com)

## Disfrute de estos beneficios

Un suministro de 90 días de su medicamento puede estar disponible en un copago más bajo de lo que pagaría en su farmacia local. Reposiciones de su receta es fácil cuando se utilizan las siguientes opciones:

**Website:** [www.ProCareRx.com](http://www.ProCareRx.com)

*(Apresone en la parte superior de la página, marcado pedidos por correo)*

**Por Correro:** **3891 Commerce Parkway  
Miramar, FL 33025**

**Por Telefono:** **800-662-0586**

Para un servicio más rápido para una nueva prescripción pregúntele a su médico que llame **800-662-0586** o mande por fax al **800-662-0590**

Todas las prescripciones son montioreadas para detectar posibilidad de interacciones y alergias a medicinas basado en la información que dio en su perfil .

### Formulario de pedido para Nuevos Participantes:

Las prescripción(es) son para:

Miembro  Esposo(a)  Dependiente

Número de Miembro #: \_\_\_\_\_

*Por favor, escriba el número de miembro, Fecha de nacimiento y su dirección detrás de cada prescripción.*

Marque aquí si no desea usar la tapas a prueba de niños con su pedido. *(Tapas a prueba de niños son utilizados en todos los pedidos de prescripción para la seguridad en el envío.)*

### Metodo de pago

Cheque (Pagable a ProCare PharmacyCare)  
 Giro de Dinero Postal  Visa  MasterCard

Nombre (como aparece en la tarjeta): \_\_\_\_\_

N ° de cuenta: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Marque aquí si no quiere ordenes en el futuro cargadas en su tarjeta registrada

Marque aquí so no quiere usar el programa de reposiciones automaticos.



## Perfil del paciente y formulario de pedido

Las instrucciones para los nuevos miembros: los usuarios por primera vez del programa farmacia de pedidos por correo de ProCare deben completar todas las secciones de este formulario.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt. #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tiempo ideal para llamar: \_\_\_\_\_

Teléfono Alternativo: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

*Al dar su direccion de correo electronico, usted permite a ProCare que los contacten por correo electronico a respecto de su prescripciones y de su cobertura medica.*

**Alergias:**  Ninguna  Penicilina  Eritromicina  Sulfamidas  Aspirina  Otra \_\_\_\_\_

**Condiciones de Salud:**  Asma  Colesterol  Depresión  Diabetes  Insuficiencia cardíaca  
 Tiroides  Úlcera estomacal / Reflujo  Hipertensión  Otra \_\_\_\_\_

Para diabeticos, indicar la marca utilizada en los suministros para la diabetes:

Monitor: \_\_\_\_\_ Lancetas: \_\_\_\_\_ Tiras de Prueba: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

**Alergias:**  Ninguna  Penicilina  Eritromicina  Sulfa  Aspirina  Otra \_\_\_\_\_

**Condiciones de Salud:**  Asma  Colesterol  Depresión  Diabetes  Insuficiencia cardíaca  
 Tiroides  Úlcera estomacal / Reflujo  Hipertensión  Otra \_\_\_\_\_

Para diabeticos, indicar la marca utilizada en los suministros para la diabetes:

Monitor: \_\_\_\_\_ Lancetas: \_\_\_\_\_ Tiras de Prueba: \_\_\_\_\_

Dependiente: Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

**Alergias:**  Ninguna  Penicilina  Eritromicina  Sulfa  Aspirina  Otra \_\_\_\_\_

**Condiciones de Salud:**  Asma  Colesterol  Depresión  Diabetes  Insuficiencia cardíaca  
 Tiroides  Úlcera estomacal / Reflujo  Hipertensión  Otra \_\_\_\_\_

Para diabeticos, indicar la marca utilizada en los suministros para la diabetes:

Monitor: \_\_\_\_\_ Lancetas: \_\_\_\_\_ Tiras de Prueba: \_\_\_\_\_

**CERTIFICADO – POR FAVOR LEA Y FIRME:** Yo certifico que la informacion escrita en esta forma es correcta y autorizo el uso de toda la informacion al plan de seguro administrator, o subscriptor. Yo autorizo a ProCare PharmacyCare a sustituir medicamedicos genericos en todos los casos que sean legalmente admisible en acuerado con la ley aplicable y comfirmdad con las ordenes del medico.

Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_