

Para garantizar la entrega rápida, por favor verifique sus recetas antes de salir del consultorio médico y asegúrese de:

- El nombre del médico está legible.
- El nombre del paciente está legible.
- La dosis exacta diaria está especificada.
- La potencia exacta del medicamento está especificada.
- La cantidad para el suministro de 90 días está indicada.
- Número de repeticiones para un año.

Repeticiones de recetas por teléfono

Llame al 800-662-0586, ProCare PharmacyCare Repeticiones-por-teléfono Centro de Voz Interactiva. Utilice un teléfono de tonos. Al momento de llamar, tenga a la mano el número de receta que se encuentra en el frasco del medicamento.

Repeticiones de recetas por Internet

Para repetir una receta por Internet, simplemente complete la solicitud de repeticiones que se encuentra en www.procarerx.com. Escoja la opción "Mail Order Refill" que se encuentra en la parte izquierda de la página bajo "Quick links".

Repeticiones de recetas por correo

Con su primer pedido, le enviaremos un "Formulario de orden de medicamentos" para ordenar repeticiones.

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

ProCare PharmacyCare
2650 SW 145th Avenue
Miramar, FL 33027



Centro de Ayuda al Cliente:

800-662-0586

Fax: 800-662-0590

TTY Line: 711

lunes - viernes

8:00 am – 8:00 pm (ET)

sábado 9:00 am – 1:00 pm (ET)

HomeDelivery@ProCareRx.com

ProCare PharmacyCare

Miramar, FL

HST Pharmacy

Gainesville, GA



**ProCare
PharmacyCare**

**Formulario de orden
de medicamentos y
Perfil del paciente para
Nuevos Miembros**

800-662-0586

TTY Line: 711

HomeDelivery@ProCareRx.com

Disfrute de estos beneficios

Su suministro de medicamentos a 90 días puede estar disponible a un copago más bajo de lo que pagaría en su farmacia al detal. Repetir su receta es fácil cuando se utilizan las siguientes opciones:

Website: www.ProCareRx.com

(Seleccione la opción "Mail Order Refill" que se encuentra en la parte izquierda de la página bajo "Quick links")

Para un servicio más rápido de una nueva receta solicite a su médico que llame al **800-662-0586** o envíe por fax al **800-662-0590**

Todas las recetas serán monitoreadas para detectar interacciones potenciales y sensibilidad alérgica basado en la información provista en su perfil .

Solicitud de pedido para Nuevos Participantes:

Las recetas 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 receta.

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

Método de pago

Cheque (A nombre de ProCare PharmacyCare)

Giro Postal Visa MasterCard

Nombre (según aparece en la tarjeta): _____

Número de cuenta: _____

Firma: _____

Fecha de vencimiento: _____ Fecha: _____

Marque aquí si no desea se utilice su tarjeta de crédito registrada en nuestros archivos para futuras órdenes.

Perfil del paciente y solicitud de pedido

Instrucciones: Nuevos miembros del programa de farmacia *ProCare PharmacyCare's Home Delivery*, pedidos por correo deben completar todas las secciones de esta solicitud.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenino

Dirección: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Hora ideal para llamar: _____

Teléfono Alternativo: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Al dar su dirección de correo electrónico, usted permite a ProCare Rx que lo contacte por correo electrónico relacionado a su receta y su cobertura médica.

Alergias: Ninguna Penicilina Eritromicina Sulfa Aspirina Otra _____

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

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

Monitor: _____ Lancetas: _____ Tiras de Prueba: _____

CERTIFICADO – POR FAVOR LEA Y FIRME: Certifico que la información escrita en esta solicitud es correcta y autorizo a la aseguradora de salud, administrador, o subscriptor el uso de toda la información. Autorizo a ProCare PharmacyCare, LLC / HST Pharmacy a sustituir medicamentos genéricos en todos los casos que sean legalmente admisibles en acuerdo con la ley aplicable y conformidad con las órdenes del médico.

Firma

Fecha