

Pars inscribirse en línea: Vaya a www.rx.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. INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
Apellidos		Nombre		Inicial
Fecha de Nacimiento	Sexo	M	F	Teléfono Residencial
Dirección Postal		Cuidad	Estado	Número de Celular
Dirección Física		Cuidad	Estado	Código Postal
B. INFORMACIÓN DEL PLAN MÉDICO				
Nombre del Asegurado Principal			Número de Identificación del Paciente	
Número de Grupo	Relación con Asegurado Principal		Mismo	Esposa (o) Hijo (a)
C. INFORMACIÓN DEL MÉDICO				
Nombre del Médico				
Teléfono			Fax	
D. HISTORIAL DE SALUD (Si necesita más espacio, utilice una hoja de papel adicional.)			E. FORMA DE PAGO	
Alergias	Condicions de Salud	Medicamentos Actuales (especifique la dosis)	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.	
Yodo	Tiroides		Tarjeta de Crédito:	
Aspirina	Diabetes		Visa	American Express
Penicilina	Glaucoma		Mastercard	Discover
Codéina	Hipertensión		Número de Tarjeta	
Sulfa	Epilepsia		Fecha de Expiración	
Cephalosporin	Úlceras		Firma	
Ninguno	Artritis		Fecha	
Otras (specifique)	Cardiacas			
	Asma			
	Otras (specifique)			
F. Comunicaciones				
Correo electrónico	Text (Número de Celular)	Teléfono		
ProCare Rx PharmacyCare, LLC dispensará medicamentos genéricos equivalentes según to permita la ley y con la autorización de su médico. Si desea que sus recetas se “dispensen tal como fueron escritas” (sin genéricos), por favor marque la casilla a continuación.				
No dispense medicamentos genéricos, por favor dispense tal como fue escrito. (Al marcar esta casilla, puede aplicarse un copago más alto.)				
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:				
ProCare Rx PharmacyCare, 2850 North Commerce Parkway, Miramar, FL 33025				
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 envíe la receta, para confirmar su dirección de envío y proveer el método de pago: 1 (800) 662-0586, Opción 2.				