

Medicamentos por Correo

Ventajas...

En **MAPFRE LIFE** nos preocupamos por ofrecer alternativas viables a nuestros asegurados y ponemos a su servicio esta conveniente opción que le permite obtener medicamentos para condiciones de mantenimiento tales como:

- Glaucoma
- Diabetes
- Parkinson
- Osteoporosis
- Gota
- Asma
- Condiciones Cardiovasculares
- Anticonvulsantes
- Enfermedades Mentales
- Hiperplasia Benigna de la Próstata
- Hormonas de Sexo
- Anticoagulantes
- SIDA
- Tiroides
- Colesterol

Puede acceder a <https://rx.procarerx.com/> para registrarse en el programa, ordenar repeticiones, imprimir el formulario de orden y ordenar nuevas recetas. Si necesita más información puede llamar libre de cargos a 1-866-881-6221 / 1-877-551-5521 (TTY/TDD) durante horarios de servicio de lunes a viernes 8:00 am a 9:00 pm y sábado 8:00 am a 5:00pm.

Al completar la forma de orden puede enviarlo a **ProCare Pharmacy Care** por correo a:

- 2650 SW 145th Ave Miramar FL 33027-6606
- Correo electrónico: HomeDelivery@ProCareRx.com
- **Envío de receta desde oficina de médico sea por e-prescribing o via Fax: 1-800-662-0590**

Para envío de receta electrónica de parte del proveedor a **ProCare Pharmacy Care** debe utilizar información de farmacia NABP-1098121 o NPI -1427160357. Otra ventaja es que puede ver su historial de despachos de medicamentos. También para su conveniencia en el frasco de su medicamento le provee el teléfono y el día sugerido para solicitar las repeticiones.

Medicamentos catalogados para condiciones agudas **NO** pueden ser solicitados por correo. Es importante haga usted los arreglos para que gestione sus recetas por correo con tiempo, ya que el solicitar excepciones afecta grandemente los ahorros proyectados para usted y su patrono...

Consejos...

- ✓ Conserve sus medicamentos en sus envases originales, firmemente cerrados
- ✓ No tome más de la dosis recomendada o recetada
- ✓ Nunca tome medicamentos en la oscuridad
- ✓ Guarde los medicamentos en lugar seguro, fuera del alcance de los niños
- ✓ Tome su propio medicamento y no lo comparta con otras personas
- ✓ Informe a su médico o farmacéutico sobre los medicamentos que esté tomando, así como las reacciones adversas o alergia a medicamentos que le surjan



Medicamentos por Correo

Es fácil comenzar!

PASO #1 Solicite a su médico que escriba una receta para suministro de 30 días y compre sus medicamentos en **farmacia local** y la receta debe leer como sigue:

Dr. Juan Del Pueblo Medicina General Dirección TEL (787) 555-5555 Nombre: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Rx: Nombre del Medicamento Indicaciones: "Cantidad de medicamento necesario diariamente para un suplido de 30 días" Repeticiones: 0

Advertencia: Si usted ya ha obtenido dos (2) suplidos de 30 días de medicamentos en este año con su receta regular, ENTONCES NO le aplica solicitar esta primera receta.

Nota: Si la farmacia al procesar su receta recibe rechazo con el siguiente mensaje "**Mail Mandatory Program**", debe solicitar a la farmacia envíe la receta a MC-Rx para autorizar el despacho en lo que tramita su receta de correo en MC-Rx.

PASO #2 Solicite receta para suministro máximo de 90 días con tres (3) repeticiones (90d x 3) para enviarla por correo a **ProCare Pharmacy Care** y la receta debe leer como sigue:

Dr. Juan Del Pueblo Medicina General Dirección TEL (787) 555-5555 Nombre: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Rx: Nombre del Medicamento Indicaciones: "Cantidad de medicamento necesario diariamente para un suplido de 90 días" Repeticiones: 3



**Ahorro de tiempo y dinero...
Enviados a su hogar sin cargo adicional...**

Medicamentos por Correo

Conoce los formularios...

La receta original tiene que enviarse con el formulario de pedidos por correo y completado en todas sus partes, debe completar la forma de pago antes de enviarla a ProCare Pharmacy Care. Tu administrador (a) del plan tiene el formulario para su mayor conveniencia. Puedes conseguir la forma en <https://rx.procarerx.com/> y registrarte para obtener los medicamentos por correo

FORMULARIO...

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)		Sexo Sex	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> 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		

Desearé recibir la información de medicamentos despachados en: Español Spanish Inglés 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	
<input type="checkbox"/> Asegurado Self	<input type="checkbox"/> Esposa (a) Spouse
<input type="checkbox"/> 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

Jodo Iodine Aspirina Aspirin Penicilina Penicillin Codeína Codeine Sulfá Sulfas Ninguna None Otras (especifique) Others (Specify)

Condiciones de Salud/Health Conditions

Tiroideas Thyroid Diabetes Diabetes Glaucoma Glaucoma Hipertensión Hypertension Epilepsia Epilepsy Úlceras Ulcer Artritis Arthritis Condiciones Cardíacas 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

1 REV. 2020

**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 used 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.
 2650 SW 145th Avenue
 Miramar, FL 33027-6606

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.

2 REV. 2020



Medicamentos por Correo

Métodos de pago...

Método de Pago	Tarjetas de Crédito (Visa, master card, Discover, American Express) Money Order Cheque personal
Envío de paquete	USPS USPS Express (Next Day) UPS - Lo pueden utilizar a petición del asegurado pero as su propio riesgo
Envío de Insulinas	USPS Express (Next Day) <i>refrigerado</i>
Envío de Formulario de Registro	Correo Postal Correo Electrónico Fax
Envío de Receta	Correo Postal Fax (<i>solo desde oficina médica</i>) e-Rx (receta electrónica, "Electronic Prescription")
	Si la receta requiere alguna preautorización o alguna intervención con el médico que prescribe, la farmacia puede demorar hasta 10 días laborables luego de recibida la receta

Centro de llamadas de Servicio al Cliente 1-866-653-2323

Centro de llamadas de Servicio al Cliente Programa de Correo 1-866-881-6221