

**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 <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Gender		
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		
Deseo recibir la información de los medicamentos despachados en el idioma: I want to receive the information of dispensed medications in the language:					
		<input type="checkbox"/> Español Spanish	<input type="checkbox"/> 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 Mainholder	
Relación con Asegurado Principal Relationship with Mainholder	<input type="checkbox"/> Asegurado Mainholder <input type="checkbox"/> Esposa (o) Spouse <input type="checkbox"/> Hijo (a) Child

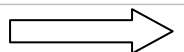
INFORMACIÓN DEL MÉDICO/PHYSICIAN INFORMATION

Nombre del Médico Physician's Name	
Teléfono Telephone	Fax Fax

HISTORIAL DE SALUD/HEALTH HISTORY

Alergias Allergies						
<input type="checkbox"/> Yodo Iodine	<input type="checkbox"/> Aspirina Aspirin	<input type="checkbox"/> Penicilina Penicillin	<input type="checkbox"/> Codeína Codeine	<input type="checkbox"/> Sulfa Sulfa	<input type="checkbox"/> Ninguna None	<input type="checkbox"/> Otras (especifique) Others (Specify)
Condiciones de Salud Health Conditions						
<input type="checkbox"/> Tiroides Thyroid	<input type="checkbox"/> Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/> Glaucoma Glaucoma	<input type="checkbox"/> Hipertensión Hypertension	<input type="checkbox"/> Epilepsia Epilepsy	<input type="checkbox"/> Úlceras Ulcer	<input type="checkbox"/> Artritis Arthritis
<input type="checkbox"/> 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/PAYMENT METHOD

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.

Payments are due with each order. To bill this order and future orders, the credit card selected will be used as a payment method, unless you authorize another one.

Firma
Signature

Fecha
Date

MedVantx, Inc., 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:

MedVantx, Inc., 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 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:

**Procure Pharmacy Care, LLC.
2650 SW 145th Avenue
Miramar, FL 33027-6606**

El médico puede enviar la receta por fax a MedVantx Pharmacy 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 MedVantx Pharmacy 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.**

Para dudas o preguntas favor de llamar al Centro de Servicio de Correo de MC-21:

If you have any doubt or question please call MC-21's Mail Order Call Center:

**Teléfono Libre de Cargo/Toll Free Number
1-866-881-6221**

**Horario de Servicio/Service Hours
Lunes a Viernes: 8:00 am to 9:00 pm / Monday to Friday: 8:00 am to 9:00 pm
Sábado: 8:00 am to 5:00 pm / Saturday: 8:00 am to 5:00 pm**