



P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089

Solicitud de cambiar la farmacia fija

Se permite hacer un cambio de farmacia en un periodo de seis meses
(a menos que haya causa justificada)

Nombre del beneficiario o beneficiaria: _____

Número de afiliación del beneficiario o beneficiaria: _____

Dirección del beneficiario o beneficiaria: _____

Ciudad, Estado, Código postal del beneficiario o beneficiaria: _____

Número telefónico del beneficiario: _____

Quiero cambiar mi farmacia “fija” (“Lock-In”) a la siguiente:

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Ciudad, Estado, Código postal de la farmacia: _____

Número telefónico de la farmacia: _____

Número de fax de la farmacia: _____

Número de licencia de la farmacia: _____

Por favor, hagan efectivo este cambio a partir del mm/dd/aaaa: ____ / ____ / ____

Firma del beneficiario o beneficiaria: _____

**Envíe por fax el formulario completado a: 1-866-753-7452 o por correo postal a la
dirección siguiente:**

**Ambetter Health
Attn: Pharmacy Department
P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089**