



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

Solicitud de cambio de farmacia asignada

Se permite un cambio de farmacia en un periodo de seis meses (excepto por una buena causa)

Nombre del destinatario: _____

N° de miembro del destinatario: _____

Dirección del destinatario: _____

Ciudad, estado, C.P. del destinatario: _____ N° de teléfono del destinatario: _____

Quiero cambiar mi farmacia asignada a la siguiente:

Nombre de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia: _____

Ciudad, estado, código postal de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Número de fax de la farmacia: _____

Número de licencia de la farmacia: _____

Haga este cambio efectivo a partir del dd/mm/aaaa: _____

Firma del beneficiario: _____

Envíe por fax el formulario completo al: 1-866-753-7452 o por correo a la siguiente dirección:

Ambetter Health
A la atención de: Departamento de Farmacia
P.O. Box 459089
Fort Lauderdale, FL 33345-9089