



## SOLICITUD DE CERTIFICACION DE BENEFICIOS DE FARMACIA

Para uso del Suscriptor:

Al firmar este formulario, estoy autorizando a First Medical Health Plan, Inc. ("First Medical") emitir una certificación de mis beneficios de farmacia, a las siguientes personas u organizaciones:

|                                                                                                          |                                                                |                                                                  |                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>I. Información del Suscriptor/Dependiente para quien se solicita la Certificación:</b>                |                                                                |                                                                  |                     |
| Nombre:                                                                                                  | Segundo Nombre                                                 | Apellidos                                                        | Fecha de Nacimiento |
|                                                                                                          |                                                                |                                                                  |                     |
| Dirección postal:                                                                                        |                                                                | Número de Identificación del Plan                                |                     |
| Número teléfono Residencia:                                                                              | Número teléfono celular:                                       | Es usted el Suscriptor Principal:                                |                     |
|                                                                                                          |                                                                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No          |                     |
| <b>II. ¿Cómo podemos contactarlo?</b>                                                                    |                                                                |                                                                  |                     |
| <input type="checkbox"/> Teléfono                                                                        | <input type="checkbox"/> Correo electrónico                    | Mejor hora para llamar:                                          |                     |
| <input type="checkbox"/> Residencia                                                                      | <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro |                                                                  |                     |
| <b>Dirección correo electrónico:</b>                                                                     |                                                                |                                                                  |                     |
| <b>III. Información de la persona u organización autorizada a recibir información protegida de salud</b> |                                                                |                                                                  |                     |
| Nombre:                                                                                                  |                                                                | Posición:                                                        |                     |
|                                                                                                          |                                                                |                                                                  |                     |
| Dirección postal:                                                                                        |                                                                |                                                                  |                     |
| Número de teléfono:                                                                                      |                                                                | Número de Fax:                                                   |                     |
|                                                                                                          |                                                                |                                                                  |                     |
| <b>IV. Indique alcance de las fechas de la Certificación solicitada:</b>                                 |                                                                |                                                                  |                     |
| Desde:                                                                                                   |                                                                | Hasta:                                                           |                     |
|                                                                                                          |                                                                |                                                                  |                     |
| <b>V. Indique el tipo de Certificación que solicita:</b>                                                 |                                                                |                                                                  |                     |
| <input type="checkbox"/> Medicamento Excluido de Cubierta                                                |                                                                | <input type="checkbox"/> Utilización de Cubierta de Medicamentos |                     |
| <input type="checkbox"/> Vigencia de Cubierta                                                            |                                                                | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)                      |                     |
| <b>VI. Indique cómo desea obtener la Certificación solicitada:</b>                                       |                                                                |                                                                  |                     |
| <input type="checkbox"/> Copia en Papel                                                                  | <input type="checkbox"/> Fax                                   | <input type="checkbox"/> Copia Electrónica*                      |                     |

\*Si la información será enviada a mi correo electrónico autorizo que un representante de First Medical se comunique conmigo para coordinar el envío de la misma de una forma segura.

**Firma del solicitante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Representante Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Si está firmado por un Representante Legal, por favor:*

a) *Indique su nombre completo:* \_\_\_\_\_

b) *Describa su autoridad para actuar por el Suscriptor (por ejemplo: poder, orden del tribunal, padre de un menor, etc.):* \_\_\_\_\_

c) *Acompañe copia del documento legal que lo nombra como representante legal.*