

Solicitud de Certificación de Beneficios de Farmacia

Este documento deberá ser completado por el Suscriptor o su Representante Legal, antes de emitir alguna Certificación de Beneficios de Farmacia (Certificación).

Sección I. Información del Suscriptor o Dependiente para quien se solicita la Certificación:

Nombre:	Segundo Nombre:	Es usted el Suscriptor Principal: Sí ☐ No ☐
Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Identificación del Plan:
Número de Teléfono Residencial:		Dirección Postal:
Número de Teléfono Celular:		Correo Electrónico:
Hora adecuada para llamar:		Otra Información de Contacto:

Sección II. Información de la persona u organización autorizada a solicitar la Certificación:

Nombre Completo:		Relación con el Suscriptor:
Número de Teléfono:	Número de Fax:	Nombre de la Organización a la cual representa:
Dirección Postal:		Número de Licencia de Conducir o últimos 4 dígitos del Seguro Social:
Dirección de Correo Electrónico:		Número de Seguro Social Patronal (si aplica):

Sección III. Indique el periodo y tipo de solicitud de los Beneficios de Farmacia:

Desde: / /	Hasta: / /
☐ Medicamento(s) Excluido(s) de Cubierta (especifique medicamento(s)):	☐ Utilización de Cubierta de Medicamento(s) ☐ Vigencia de Cubierta ☐ Cubierta Acreditada ☐ Otro (especifique):

Sección IV. Indique el método en el que desea obtener la Certificación:

☐ Recoger en Oficinas de Servicios	☐ Correo Postal	☐ Fax	☐ Correo Electrónico
---	--	------------------------------	---

Sección V. Autorización

Yo _____, como Suscriptor o Representante Legal del suscriptor al firmar este documento autorizo a First Medical Health, Plan Inc., a emitir una Certificación de mis Beneficios de Farmacia, a la persona u organización antes mencionada.

Firma del Suscriptor:	Fecha:
Firma del Solicitante:	Fecha:
Firma del Representante Legal:	Fecha:

En caso de ser completado y firmado por un Representante Legal, favor de proveer la siguiente información y acompañar a este documento copia del documento legal que lo nombra como Representante Legal.

Nombre Completo:
Describa su autoridad para actuar en nombre del Suscriptor (por ejemplo: número de licencia de abogado, poder, orden del tribunal, padre de menor, etc.):

El Departamento de Servicio al Cliente ofrece servicios de intérprete de idiomas y Lenguaje de Señas libre de costo. Esto incluye, servicio de formatos alternos tales como; Braille, letra agrandada y traducción a otros idiomas, verbal o escrito, entre otros. Si usted necesita información del plan en otro formato o lenguaje por favor comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., al 1-888-318-0274. Usuarios audio-impeidos TTY/TDD deben llamar al 1-866-921-0101.

The Customer Service Department offers language and sign language interpreter services free of charge. This includes, service alternate formats such as; Braille, enlarged print and translation into other languages, verbal or written, among others. If you need plan information in another format or language, please contact our Customer Service Department Monday through Friday from 8:00 a.m. to 5:00 p.m. at 1-888-318-0274. Hearing impaired users TTY/TDD should call 1-866-921-0101.

客户服务部免费提供语言口译服务和手语口译服务。这也包括替代格式服务，例如盲文、大字版，以及其他语言的口头或书面翻译等。如果您需要以其他格式或语言获取计划信息，请于周一至周五上午8:00至下午5:00致电我们的客户服务部，电话号码为 1-888-318-0274。TTY/TDD 用户请拨打 1-866-921-0101，免费。

First Medical Health Plan, Inc. cumple con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, discapacidad, o sexo. First Medical Health Plan, Inc. *complies with applicable federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.* First Medical Health Plan, Inc. 遵守适用的联邦民权法律，不因种族、肤色、民族血统、年龄、残障或性别而歧视任何人