

Solicitud para un cambio de farmacia

Llene este formulario. También puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-600-4441 (TTY 711) para hacer su solicitud.

Fecha: _____

Nombre del miembro: _____ ID del miembro: _____

Dirección del miembro: _____

Ciudad del miembro: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Farmacia actual: _____

Motivo para el cambio: _____

Nombre de la nueva farmacia: _____

Dirección de la nueva farmacia: _____

Ciudad de la nueva farmacia: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de la nueva farmacia: _____

Hagan este cambio efectivo a partir del __/__/____

Envíe por fax este formulario completado al 1-877-565-6466 o por correo a:

Amerigroup Pharmacy Department
P.O. Box 62509
Virginia Beach, VA 23466

Firma del miembro: _____ Fecha: _____

Números telefónicos del miembro: _____

Esta carta contiene información importante. Si tiene alguna pregunta, necesita esta carta en español o una traducción oral, llame a la línea gratuita de nuestro departamento de Servicios al Miembro al 1-800-600-4441. Gracias por ser miembro de Amerigroup.