



Reconocimiento de las Polizas de Repuesto de Recetas

Porfavor comuniquese con su farmacia con respecto a las solicitudes de rellenar sus medicamentos. Su farmacia notificara a nuestra oficina de su solicitud. Por favor tenga en cuenta que se requiere 72 horas de avance para procesar su relleno de medicamentos.

Nombre de Paciente

Fecha de nacimiento

Firma de Paciente

Fecha