



FORMA PARA SOLICITUD DE VACACIONES

TODAS LAS FORMAS DEBEN ENVIARSE A: RxMemberExperience@HealthSun.Com
Teléfono 877-336-2069 Fax 877-452-7496

PARA SUSTANCIAS CONTROLADAS CIII - CV POR FAVOR ADJUNTE LA(S) PRESCRIPCION(ES) A ESTA FORMA

Información del Afiliado

Nombre:	Fecha de Nacimiento: / /	Sexo: F M
# ID:		
Nombre del solicitante (Centro/Oficina del Doctor):	Teléfono del Miembro:	
Dirección:	#Apt.	
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

► PROPORCIONAR CON UN MÍNIMO DE 2 SEMANAS ANTES DE LA FECHA DE SALIDA DEL MIEMBRO ◀

Quando el miembro se va de vacaciones: _____

Duración de las vacaciones (suministro no puede exceder 90 días): _____

Nombre de la Farmacia/ Número de Teléfono: _____

Información del Prescriptor

Dr.			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono#:	Fax#:	Nombre de Contacto en la Oficina:	

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

HealthSun cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500). ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-877-336-2069. (TTY: 1-877-206-0500).

