

3 Información de la Farmacia

NOTA: EL farmaceuta debe completar esta sección SOLAMENTE si el original de los recibos de la farmacia no se incluyen o si son recibos compuestos

Nombre de la farmacia

Numero de NABP de la farmacia

Numero de teléfono de la farmacia

()

Yo certifico que toda la información aquí contenida es correcta y representa los cargos actuales por prescripciones dispensadas. Entiendo que todos los beneficios relacionados a los cargos listados serán pagados directamente al aseguradora principal.

X

Firma del farmaceuta o representante

Fecha

4 Envíe esta forma a:

CVS Caremark
P.O. Box 52010
Phoenix, AZ 85072-2010