



Formulario de excepción de autorización previa de farmacia

Complete este formulario, o pídale a su médico que lo complete en su nombre, para solicitar una excepción.

Su nombre: _____

Número de identificación del miembro: _____

Nombre del miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro: _____

Número de teléfono del miembro: _____

Nombre del medicamento: _____

Nombre de la persona que receta: _____

Número de teléfono de la persona que receta: _____

Nombre de la farmacia: _____

Número de teléfono de la farmacia: _____

Motivo de la necesidad del medicamento solicitado: _____

Envíe el formulario completo por correo postal a la siguiente dirección: **Horizon NJ Health**
1700 American Blvd.
Pennington, NJ 08534
Mailstop: HL-01P

O por fax al: **1-888-567-0681**

Si tiene alguna pregunta, llame al Departamento de Farmacias de Horizon NJ Health al **1-800-682-9094 x81016 (TTY 711)**, de lunes a viernes de 8 a. m. a 6 p. m., y los sábados de 8 a. m. a 4:30 p. m., hora del este.

Los productos son proporcionados por Horizon NJ Health. Las comunicaciones son emitidas por Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey en calidad de administrador de programas y relaciones con proveedores para todas sus compañías. Ambas son licenciatarias independientes de Blue Cross Blue Shield Association. Los nombres y los símbolos de Blue Cross® y Blue Shield® son marcas registradas de Blue Cross Blue Shield Association. El nombre y los símbolos de Horizon® son marcas registradas de Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey.
© 2021 Horizon Blue Cross Blue Shield of New Jersey, Three Penn Plaza East, Newark, New Jersey 07105. 086-21-48 ECN003319 (0621)