



Formulario de pedido de medicamentos

Centro de Atención al Paciente Birdi®

1-844-293-4761 (TTY llamar al 711)

Patientcare@birdirx.com | www.medimpact.com

Información para el afiliado: use solo tinta negra o azul y LETRA MAYÚSCULA

Nombre	Apellido	Inicial	Sufijo
Número de contrato del afiliado	Nombre del plan médico		Número de grupo
Fecha de nacimiento (día/mes/año)	Género al nacer ☐ M ☐ F	Número de recetas nuevas	
Teléfono celular (incluir código de área)* ☐ <i>Establecer como número de teléfono preferido</i>		Teléfono del hogar (incluir código de área)* ☐ <i>Establecer como número de teléfono preferido</i>	
Dirección de envío línea 1		Dirección de envío línea 2	
Ciudad	Estado	Código postal	
☐ <i>Utilice esta dirección de envío únicamente para este pedido.</i>		☐ <i>La dirección de facturación es la misma que la dirección de envío.</i>	
Dirección de facturación línea 1		Dirección de facturación línea 2	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico (usado para actualizaciones sobre estado de los pedidos)			

**Cómo contactarme**

Quiero recibir llamadas telefónicas automáticas, mensajes de texto o correos electrónicos como ayuda para administrar mis medicamentos.

Mi método preferido para recibir avisos es:

☐ Llamada telefónica automática* ☐ Mensaje de texto* ☐ Correo electrónico**

*Cuando proporciona estos números, tenemos permiso para comunicarnos con usted a dichos números por cuestiones relacionadas con su cuenta **Birdi®**. Su consentimiento nos permite usar mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados y tecnología de marcado automático para llamadas informativas sobre servicios, pero no para llamadas de telemarketing o ventas. Se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos. Puede cambiar estas preferencias o dar de baja su suscripción en cualquier momento si inicia sesión en www.medimpact.com

Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted: (1) nos autoriza a enviarle comunicaciones por correo electrónico sobre su cuenta **Birdi® o sus medicamentos que pueden contener información de salud protegida, y (2) reconoce y acepta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras y existe el riesgo de que sean interceptadas o vistas por partes no autorizadas.

Información de salud**Alergias**

☐ Ninguna	☐ Eritromicina	☐ Quinolonas
☐ Amoxicilina/ampicilina	☐ Anti-inflamatorios no esteroides (AINE)	☐ Sulfamida
☐ Aspirina	☐ Maní	☐ Tetraciclina
☐ Cefalosporinas	☐ Penicilina	☐ Otro: _____
☐ Codeína		

Condiciones de salud

☐ Ninguna	☐ Glaucoma	☐ Embarazo
☐ Artritis	☐ Afección cardíaca	☐ Enfermedad de la tiroides
☐ Asma	☐ Presión arterial alta	☐ Otro: _____
☐ Cáncer	☐ Colesterol alto	
☐ Diabetes	☐ Osteoporosis	



Formulario de pedido de medicamentos

Centro de Atención al Paciente Birdi®

1-844-293-4761 (TTY llamar al 711)

Patientcare@birdirx.com | www.medimpact.com

Lista de medicamentos

Enumere todos los medicamentos con y sin receta que toma actualmente.

Información de pago: no envíe dinero en efectivo

Para el servicio más rápido, pague con tarjeta de crédito o débito. Aceptamos VISA®, Mastercard®, Discover® o American Express®. Si necesita pagar por medio de cheque o giro postal, llame a **Birdi®** para hablar con un representante.

Apellido del titular de la tarjeta

Nombre del titular de la tarjeta

☐ Cargar mi método de pago en el archivo (clientes recurrentes)

☐ Cargar mi NUEVA tarjeta de crédito:

☐ Visa® ☐ Mastercard® ☐ Discover® ☐ American Express®

☐ Enviar entrega rápida
(Sumar \$25 al monto de mi receta)

Número de tarjeta de crédito

Fecha de vencimiento

Código de seguridad

El envío estándar es gratuito. El envío de su pedido puede demorar hasta 10 días desde la fecha en que recibamos el pedido. Puede elegir el envío rápido por \$25 adicionales marcando la casilla de arriba. Los pedidos con envío rápido solo se pueden enviar a una dirección postal, no a un apartado de correos. Los pedidos se procesan y envían en un plazo de 5 días hábiles desde la recepción de la receta. Autorizo a **Birdi®** a cargar a mi tarjeta de crédito cualquier copago, coseguro, deducible u otro monto adeudado relacionado con mis recetas, incluidos los cargos de envío rápido aplicables.

X _____

Firma del titular de la tarjeta

Fecha (día/mes/año)

☐ Marque esta casilla si NO desea que usemos este método de pago para pedidos futuros o saldos adeudados. Puede llamar a **Birdi®** para actualizar esta información en cualquier momento o puede actualizar sus preferencias de pago iniciando sesión en su cuenta en www.medimpact.com



Formulario de pedido de medicamentos

Centro de Atención al Paciente Birdi®

1-844-293-4761 (TTY llamar al 711)

Patientcare@birdirx.com | www.medimpact.com

Autorizaciones

☐ Marque aquí para solicitar tapas de fácil apertura. La ley federal exige que su medicamento con receta se entregue en un recipiente con tapa de seguridad o a prueba de niños a menos que usted solicite lo contrario. Si desea una tapa de fácil apertura, marque la casilla.

Si envía este formulario a **Birdi®**, usted confirma que su información es correcta y que las recetas adjuntas pertenecen a participantes elegibles, y da su consentimiento para la divulgación y el uso de la información de salud del paciente al plan de salud del afiliado y los proveedores/agentes de atención médica para la administración de los beneficios médicos. El uso o la divulgación que **Birdi®** haga de la información de salud identificable e individual, ya sea que usted la haya proporcionado o que se haya obtenido de otras fuentes, como proveedores médicos, será de conformidad con las regulaciones de privacidad federales según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

X

Firma

Fecha (día/mes/año)

Envíe por correo postal este formulario de pedido completo, junto con su receta y su información de pago, a:

Birdi®, PO Box 8004, Novi, MI 48376-8004

Pídale a su médico que envíe su receta de forma electrónica a Birdi™ o que nos la envíe por fax al: 1-877-395-4836.

**** Tenga en cuenta que solo podemos aceptar recetas electrónicas y mensajes de fax de su proveedor de atención médica.**

Aviso de Confidencialidad: Esta comunicación es confidencial y privilegiada, y/o información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés) o información protegida de salud electrónica (ePHI, por sus siglas en inglés) y puede estar protegida por ley, incluyendo la ley HIPAA. Esta comunicación es para uso exclusivo del individuo o entidad a quien ha sido dirigida. Si usted no es el destinatario indicado, queda advertido que cualquier uso, divulgación, distribución, copia, o acto realizado basado en el contenido de esta comunicación está prohibido. Si usted recibió esta comunicación por error, notifique inmediatamente al remitente y procure su devolución.