

Formulario de inscripción/orden de medicamento
Información del afiliado(a) – Use únicamente tinta azul o negra y escriba en LETRAS MAYÚSCULAS

Primer nombre		Apellido		Segundo nombre	Sufijo
ID del miembro			Nombre del plan		
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cantidad de nuevos medicamentos recetados	<input type="text"/>	Número de grupo	
Teléfono móvil (incluido el código de área)* □ Establecer como su teléfono de preferencia			Teléfono residencial (incluido el código de área)* □ Establecer como su teléfono de preferencia		
Dirección de envío, Línea 1 <input type="checkbox"/> Usar esta dirección solamente para este pedido			Dirección de facturación, Línea 1 <input type="checkbox"/> Marcar si es la misma que la dirección de envío		
Línea 2 Dirección de envío			Dirección de facturación, Línea 2		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (correo electrónico usado para las actualizaciones del estado de los pedidos)					

Cómo contactarme

Quiero recibir llamadas telefónicas automáticas, mensajes de texto o correos electrónicos para ayudarme a administrar mis medicamentos. Mi método preferido para recibir avisos es:

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

*Cuando usted proporciona estos números, tenemos su permiso para contactar con usted en estos números sobre su cuenta de Birdi. Su autorización nos permite usar mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados y tecnología de marcado automático para llamadas de servicio informativo, pero no para llamadas de telemarketing o ventas. Es posible que apliquen cargos por mensajes y datos. Puede cambiar estas preferencias o excluirse en cualquier momento accediendo a www.medimpact.com.

** Al proporcionar su dirección de correo electrónico usted (1) nos autoriza a que le enviemos comunicaciones por correo electrónico sobre su cuenta Medimpact Direct o medicamento que pudiera contener información de salud protegida, y (2) reconoce y acepta que las comunicaciones por correo electrónico no son seguras y existe un riesgo de que puedan ser interceptadas o vistas por personas no autorizadas.

Información de salud

Alergias	<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cefalosporinas	<input type="checkbox"/> AINEs	<input type="checkbox"/> Quinolonas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Amoxil/Ampicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Cacahuets	<input type="checkbox"/> Sulfa	_____
Afecciones médicas	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Embarazo	_____

Lista de medicamentos
 Por favor, enumere los medicamentos de prescripción y de venta libre que está tomando actualmente.



Formulario de inscripción/orden de medicamento

Información de pago – No envíe efectivo

Para que el servicio sea más expedito, pague con tarjeta de crédito o débito. Aceptamos VISA®, Mastercard®, Discover®, o American Express®. Si necesita pagar con cheque o giro postal, por favor llame para hablar con un representante.

Apellido del titular de la tarjeta | Nombre del titular de la tarjeta

Cobrar al método de pago en el registro (ya soy cliente) | Envío de entrega acelerada (Añadir 25 dólares al importe de mi receta)
Cobrar a mi NUEVA tarjeta de crédito: Visa®, Mastercard®, Discover®, American Express®

Número de tarjeta de crédito | Fecha de vencimiento | Código de seguridad

El envío estándar es gratuito. La entrega de su pedido puede tomarse hasta 10 días a partir de la fecha de recepción de su pedido. Puede elegir el envío de entrega acelerada por \$25 adicionales marcando la casilla anterior. Las órdenes de envío de entrega acelerada solo pueden enviarse a domicilios, no a apartados postales. Los pedidos se tramitan y envían en un plazo de 5 días laborables a partir de la recepción de la receta.

Autorizo a Birdi™ a cargar a mi tarjeta de crédito cualquier copago, coseguro, deducible o cualquier otra cantidad adeudada por mis recetas, incluyendo cualquier cargo aplicable por entrega acelerada.

X | Fecha
Firma del titular de la tarjeta

Marque esta casilla si NO QUIERE que usemos este método de pago para ordenes o saldos futuros. Puedes llamar a Birdi™ para actualizar esta información en cualquier momento o puedes actualizar tus preferencias de pago accediendo a tu cuenta en www.medimpact.com.

Autorizaciones

Marque aquí para solicitar tapas de abertura fácil. La ley federal requiere que su pedido sea dispensado en un contenedor con una tapa de seguridad o a prueba de niños, a menos que usted lo solicite de otro modo. Si quiere una tapa de abertura fácil, marque la casilla.

Al devolver este formulario a Birdi™, usted confirma que la información es correcta, que las recetas adjuntas son para participantes elegibles, y da su consentimiento para la divulgación y el uso de la información de salud del paciente a los planes de salud del paciente y a los proveedores/agentes de atención médica para la gestión de beneficios de salud. El uso o la divulgación por parte de Birdi™ de la información de salud individualmente identificable, ya sea proporcionada por usted u obtenida de otras fuentes, como los proveedores médicos, se hará de acuerdo con las regulaciones federales de privacidad bajo la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA).

X | Fecha
Firma

Enviar por correo este formulario completo, junto con su recta y la información de pago, a:

Birdi, PO Box 8004, Novi, MI 48376-8004
Pida a su médico que envíe su receta electrónica a Birdi™ o que nos la envíe por fax: 1-888-783-1773.
**Tenga en cuenta que solo aceptamos recetas electrónicas o faxes de parte de su proveedor médico.

El presente formulario puede contener información confidencial de salud, individualmente identificable, de acuerdo con la Ley de transferencia y responsabilidad de seguros médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996 y otras leyes. H5577_24120924_C