

**Información sobre el miembro: use solo tinta negra o azul y LETRA MAYÚSCULA**

Nombre	Apellido	Inicial del segundo nombre	Sufijo
Identificación de miembro		Nombre del plan	
Fecha de nacimiento	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Cantidad de recetas nuevas	Número de grupo
Teléfono móvil (incluir código de área)*		<input type="checkbox"/> Establecer como número de teléfono preferido	
Teléfono fijo (incluir código de área)*		<input type="checkbox"/> Establecer como número de teléfono preferido	
Dirección de envío 1		<input type="checkbox"/> Usar esta dirección solo para este pedido	
Dirección de facturación 1		<input type="checkbox"/> Marcar si es igual que la dirección de envío	
Dirección de envío 2		Dirección de facturación 2	
Ciudad	Estado	Código postal	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico (usado para actualizaciones sobre estado de los pedidos)			

Cómo contactarme

Quiero recibir llamadas telefónicas, mensajes de texto o correos electrónicos automáticos 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

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Eritromicina | <input type="checkbox"/> Sulfamida |
| <input type="checkbox"/> Amoxicilina/ampicilina | <input type="checkbox"/> Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) | <input type="checkbox"/> Tetraciclina |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Maní | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cefalosporinas | <input type="checkbox"/> Penicilina | _____ |
| <input type="checkbox"/> Codeína | <input type="checkbox"/> Quinolonas | |

Afecciones de salud

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Afección cardíaca | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Colesterol alto | _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | |

**Lista de medicamentos**

Enumere todos los medicamentos con receta y de venta libre que toma actualmente.

Información de pago: no envíe dinero en efectivo

Para un 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 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
vencimientoCódigo 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

Fecha

Firma del titular de la tarjeta

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.



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 miembro 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

Fecha

Firma

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: 1-888-783-1773.

**** 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. H3706_9961025_C