



Patientcare@birdirx.com  
www.medimpact.com

Centro de atención al paciente Birdi™  
1-855-873-8739 (TTY 711)



Formulario de inscripción/pedido de medicamentos

**Información del miembro: utilice solo tinta negra o azul y LETRAS MAYÚSCULAS**

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	<input type="checkbox"/>	Número de grupo		
Teléfono móvil (incluir código de área)* <input type="checkbox"/> Establecer como teléfono preferido				Teléfono de la casa (incluir código de área)* <input type="checkbox"/> Establecer como 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 a la dirección de envío			
Dirección de envío 2				Dirección de facturación 2			
Ciudad		Estado	Código postal		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico (correo electrónico utilizado para actualizaciones sobre el estado del pedido)							

**Cómo comunicarse conmigo**

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 proporciona estos números, nos autoriza a comunicarnos con usted a través de ellos para asuntos relacionados con su cuenta Birdi. Su consentimiento nos permite utilizar mensajes de texto, mensajes de voz pregrabados y tecnología de marcación automática para llamadas de servicio informativo, pero no para llamadas de telemarketing o ventas. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos. Puede cambiar estas preferencias o cancelar su suscripción en cualquier momento iniciando 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 incluir 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**

<b>Alergias</b>		<input type="checkbox"/> Aspirina	<input type="checkbox"/> Eritromicina	<input type="checkbox"/> Penicilina	<input type="checkbox"/> Tetraciclinas
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Cefalosporinas	<input type="checkbox"/> AINE	<input type="checkbox"/> Quinolonas	<input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Amoxicilina/ampicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Maní	<input type="checkbox"/> Sulfamida	_____	
<b>Afecciones médicas</b>		<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides
<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Afecciones cardíacas	<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**  
Enumere todos los medicamentos con receta y de venta libre que toma actualmente.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Formulario de inscripción/pedido de medicamentos

Información de pago: no envíe dinero en efectivo

Para obtener 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 registrado (clientes recurrentes)

Envío con entrega rápida

Cargar mi NUEVA tarjeta de crédito:  Visa®  Mastercard®  Discover®  American Express®

(Agregar \$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 recibimos su pedido. Puede elegir el envío rápido por \$25 adicionales si marca la casilla de arriba. Los pedidos con envío rápido solo se pueden enviar a una dirección, no a una casilla de correo. Los pedidos se procesan y se envían dentro de los 5 días hábiles desde la recepción de la receta. Autorizo a Birdi™ a cargar en 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 la información es correcta y que las recetas adjuntas pertenecen a participantes elegibles, y otorga su consentimiento para la divulgación y el uso de la información de salud del paciente a los planes de salud del paciente y los agentes/proveedores de atención médica para la administración de los beneficios médicos. El uso o la divulgación que Birdi™ lleve a cabo 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, con su receta e información de pago, a la siguiente dirección:

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

Pídale al 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.

Esta carta puede incluir información de salud identificable individual y confidencial protegida en virtud de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 ("HIPAA") y otros estatutos.