

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)* su teléfono de preferencia		<input type="checkbox"/> Establecer como su teléfono de preferencia		Teléfono residencial (incluido el código de área)* <input type="checkbox"/> 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"/> Amoxicil/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.



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. El envío de entrega acelerada reducirá el tiempo de envío en 1 o 2 días. El tiempo de procesamiento puede tardar entre 3 y 5 días hábiles desde que Birdi™ recibe su 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 | Firma del titular de la tarjeta | Fecha

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 | Firma | Fecha

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

Birdi™, PO BOX 51580, Phoenix, AZ 85076-1580

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.

LA DISCRIMINACIÓN ES CONTRA LA LEY

Doctors HealthCare Plans, Inc. cumple con las leyes de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, embarazo, género, identidad de género o religión.

Doctors HealthCare Plans, Inc. proporciona: (1) ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, como por ejemplo, intérpretes de lengua de signos calificados, información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos); (2) servicios de idiomas gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo, intérpretes calificados, información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación. Si cree que Doctors HealthCare Plans, Inc., no ha proporcionado estos servicios o ha sido discriminado de alguna manera, puede presentar una queja ante: **Doctors HealthCare Plans, Inc., Atención: Departamento de Servicios al Asociado**, 2020 Ponce de Leon Blvd., PH 1, Coral Gables, FL 33134 o llame al (786) 460-3427 o al (833) 342-7463, TTY:711; 7 días a la semana; 8AM a 8PM EST.

Puede presentar una queja llamando, en persona o por correo. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, nuestros representantes de Servicios al Asociado están disponibles para ayudarlo al número que se menciona arriba. También puede presentar una queja de derechos civiles electrónicamente a través de los EE.UU. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en: **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201; (800) 368-1019 o (800) 537-7697 (TDD). Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

MULTI-LANGUAGE INTERPRETER SERVICE

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at (833) 342-7463 (TTY:711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al (833) 342-7463 (TTY:711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务, 帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务, 请致电 (833) 342-7463 (TTY:711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問, 為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務, 請致電 (833) 342-7463 (TTY:711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggagamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa (833) 342-7463 (TTY:711). Maaari kayong tulungan ng isang nakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au (833) 342-7463 (TTY:711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi (833) 342-7463 (TTY:711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter (833) 342-7463 (TTY:711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 (833) 342-7463 (TTY:711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону (833) 342-7463 (TTY:711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic:

إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على (833) 342-7463 (TTY:711). سيقوم شخص بمساعدتك. هذه خدمة مجانية ما يتحدث العربية.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero (833) 342-7463 (TTY:711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portugués: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número (833) 342-7463 (TTY:711). Irá encontrar alguém que fale idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (833) 342-7463 (TTY:711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer (833) 342-7463 (TTY:711). Ta usługa jest bezpłatna.

Hindi: हमारे सवा य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी परन के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया परापत करने के लिए, बस हमों (833) 342-7463 (TTY:711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Japanese: 当社の健康健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、(833) 342-7463 (TTY:711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。