

**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="checkbox"/>	Número de grupo	
Teléfono móvil (incluido el código de área)* 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](http://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**

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

**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)☐ Cobrar a mi NUEVA tarjeta de crédito: ☐ Visa® ☐ Mastercard® ☐ Discover® ☐ American Express®☐ Envío de entrega

acelerada (Añadir 25 dólares al importe de mi receta)

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](http://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.

# Aviso de No Discriminación

---

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

Doctors HealthCare Plans:

- Proporciona ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen eficazmente con nosotros, tales como:
  - Intérpretes cualificados de lengua de signos
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a 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 Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles.

Si cree que Doctors HealthCare Plans no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera, puede presentar una queja con:

**Doctors HealthCare Plans, Inc.**

Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles

2020 Ponce De Leon Blvd, PHI

Coral Gables, FL 33134

Teléfono: 833-342-7463 (TTY: 711)

Fax: 786-578-0293,

Correo Electronico: [civilrights@doctorshcp.com](mailto:civilrights@doctorshcp.com)

Puede presentar una queja en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, el Departamento de Servicios al Asociado/Derechos Civiles, está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., electrónicamente a través del 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

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en: <https://www.hhs.gov/ocr/complaints/index.html>.

## AVISO DE DISPONIBILIDAD DE ASISTENCIA LINGÜÍSTICA, AYUDAS AUXILIARES Y SERVICIOS

**English:** ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids y services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 833-342-7463 (TTY:711) or speak to your provider.

**Spanish:** ATENCIÓN: Si habla español, están disponibles servicios de asistencia lingüística gratuita para usted. También están disponibles sin carga adecuada apoyos y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 833-342-7463 (TTY:711) o hable con su proveedor.

**Haitian Creole:** ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd aladispozisyon w gratis pou lang ou pale a. Èd ak sèvis siplemantè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksèsib yo disponib gratis tou. Rele nan 833-342-7463 (TTY:711) oswa pale avèk founisè w la.

### Arabic:

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم - (TTY: 711) (1-833-342-7463) أو تحدث إلى مقدم الخدمة".

**Chinese Traditional:** 注意: 如果您說[台語], 我們可以為您提供免費語言協助服務。也可以免費提供適當的輔助工具與服務, 以無障礙格式提供資訊。請致電 833-342-7463 (TTY:711) 或與您的提供者討論。]

**Chinese Simplified:** 注意: 如果您说[中文], 我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务, 以无障碍格式提供信息。致电 833-342-7463 (文本电话: (TTY:711) 或咨询您的服务提供商。

**French:** ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 833-342-7463 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.

**German:** ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachhilfe-Dienste zur Verfügung. Angemessene Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in zugänglichen Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie 833-342-7463 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Anbieter.

**Gujarati:** ધ્ યાન આપો: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો મફત ભાષાકીય સહાયતા સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ સ્ વર્ણમાનાં આપવાની યોગ્ય સહાયક સાધનો અને સેવાઓ પણ હહન શુલ્ ક ઉપલબ્ધ છે. 833-342-7463 (TTY:711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પરદાતા સાથે વાત કરો.

**Italian:** ATTENZIONE: Se parli Italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti per te. Sono disponibili anche ausili e servizi appropriati per fornire informazioni in formati accessibili, anch'essi gratuiti. Chiama il 833-342-7463 (TTY:711) o parla con il tuo fornitore.

**Korean:** 주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 833-342-7463 (TTY:711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.

**Polish:** UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 833-342-7463 (TTY:711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą”.

**Portuguese:** ATENÇÃO: Se você fala Português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis para você. Ajudas e serviços auxiliares apropriados para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 833-342-7463 (TTY:711) ou converse com seu prestador de serviços.

**Russian:** ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 833-342-7463 (TTY:711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

**Tagalog:** PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 833-342-7463 (TTY:711) o makipag-usap sa iyong provider.”

**Thai:** หมายเหตุ: หากคุณใช้ภาษาไทย เรามีบริการความช่วยเหลือด้านภาษาฟรี นอกจากนี้ ยังมีเครื่องมือและบริการช่วยเหลือเพื่อให้ข้อมูลในรูปแบบที่เข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โปรดโทรติดต่อ 1-833-342-7463 (TTY: 711) หรือปรึกษาผู้ให้บริการของคุณ”

**Vietnamese:** LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số Người khuyết tật: 833-342-7463 (TTY:711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.”