



**Servicio de atención
al cliente de Birdi**

1-888-240-2211 (TTY 711) o

www.BirdiRx.com

Formulario de pedido de medicamentos

Información del miembro 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	Número de nuevas recetas	<input type="checkbox"/>	Número de grupo	
Teléfono móvil (incluido el código de área)* <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"/> Utilice esta dirección para este pedido solamente		Dirección de facturación, Línea 1 <input type="checkbox"/> Marcar si es la misma que la dirección de envío	
Dirección de envío, Línea 2			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 automática* Mensaje de texto* Correo electrónico*

*Al suministrar estos números, usted nos autoriza para ponernos en contacto con usted con relación a su cuenta de **Birdi, Inc.** 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.BirdiRx.com. y actualizar sus preferencias de notificaciones

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"/> Cacahuates	<input type="checkbox"/> Sulfa	_____
Afecciones médicas	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Colesterol alto;	<input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides
<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Afección cardíaca	<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	_____

Información del médico

Apellido del médico	Primer nombre del médico
Teléfono del médico (Incluido el código de área)	Fax del médico (Incluido el código de área)



Formulario de pedido de medicamentos

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.

Nombre del titular de la tarjeta

Apellido del titular de la tarjeta

- Cobrar a mi NUEVA tarjeta de crédito: (Clientes recurrentes)
Cobrar a mi NUEVA tarjeta de crédito: Visa®, Mastercard®, Discover®, American Express®

Envío de entrega urgente (Agregar \$25 a la cantidad 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 expeditivo por \$25 adicionales marcando la casilla anterior. Las órdenes de envío expeditivo solo pueden enviarse a domicilios, no a casillas postales. El envío expeditivo reducirá el tiempo de envío en 1 o 2 días. El tiempo de procesamiento puede tardar entre 3 y 5 días hábiles a partir de que Birdi, Inc. recibe su receta.

Autorizo a Birdi, Inc. a cargar en mi tarjeta de crédito cualquier co-pago, coaseguro, 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 desea que usemos este método de pago para ordenes o saldos insolutos futuros. Puede llamar a Birdi, Inc. para actualizar esta información en cualquier momento o puede actualizar sus preferencias de pago accediendo a su cuenta en www.BirdiRx.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.

Birdi, Inc. desea proporcionarle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. Birdi, Inc. sustituirá los medicamentos de marca por medicamentos genéricos equivalentes, según corresponda por ley, a menos que usted o su médico indiquen otra cosa.

Al devolver este formulario a Birdi, Inc., usted certifica 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 al plan(es) de salud del paciente y a los proveedores y/o agentes de atención médica para la gestión de beneficios de salud. Si el paciente cuyos datos se describen anteriormente es menor de edad, usted declara que es el representante legal del paciente según la legislación aplicable y está autorizado a actuar en nombre del paciente al rellenar este formulario de inscripción.

X Firma

Fecha

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

Birdi, Inc., P.O. Box 8004, Novi, MI 48376-8004

Pídale a su médico que envíe su receta electrónicamente a Birdi, Inc. o que nos la envíe vía fax al: 1-877-395-4836.

**Tenga en cuenta que solo aceptamos recetas electrónicas o faxes de parte de su médico.