

Información del miembro – Use únicamente tinta azul o negra y escriba en LETRAS MAYÚSCULAS

Nombre		Apellido		ISM	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)		<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		
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 telefónica automática* Mensajes de texto* Correo electrónico*

*Al suministrar estos números, usted nos autoriza para ponernos en contacto con usted con relación a su cuenta de MedImpact Direct, a través de estos números. 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 u optar que no se comuniquen más con usted en cualquier momento ingresando a www.medimpactdirect.com.

Información de salud

Alergias	<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"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Amoxil/Ampicilina	<input type="checkbox"/> Codeína	<input type="checkbox"/> Maní	<input type="checkbox"/> Sulfamida	_____
Afecciones médicas	<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"/> Afección cardíaca	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Embarazo	_____

Información del médico

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

Información de pago – No envíe efectivo

Para el mas rapido servicio, 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 expeditivo
(Agregar \$25 al monto de mis medicamentos recetados)

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 tomar entre 3 y 5 días laborales desde el momento que **MedImpact Direct®** recibe su receta.

Autorizo a que **MedImpact Direct®** cobre a mi tarjeta de crédito cualquier copago, coseguro, deducible u otros montos adeudados por mis medicamentos recetados, incluidos cargos por envío expeditivo.

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. Puede llamar a **MedImpact Direct®** para actualizar esta información en cualquier momento o puede actualizar sus preferencias de pago ingresando a su cuenta en www.medimpactdirect.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.

MedImpact Direct® quiere ofrecerle medicamentos de alta calidad al mejor precio posible. **MedImpact Direct®** sustituirá medicamentos genéricos equivalentes por medicamentos de marca, según corresponda por ley, a menos que usted prescriptor indiquen lo contrario.

Al enviar este formulario a **MedImpact Direct®**, usted verifica que la información es correcta, que las recetas adjuntas son para participantes que califican, y que usted da su consentimiento para la divulgación y el uso de la información médica del paciente a los planes de salud y agentes/prestadores médicos del paciente para la administración de sus beneficios médicos. El uso o divulgación de la información de salud individualmente identificable por parte de **MedImpact Direct®**, ya sea proporcionada por usted u obtenida de otras fuentes, como prestadores médicos, será de acuerdo con las normas federales de privacidad conforme a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguros Médicos (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996.

X

Firma

Fecha

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

MedImpact Direct®, PO BOX 51580, Phoenix, AZ 85076-1580

Pídale a su médico que envíe su receta electrónicamente a MedImpact Direct® o que nos la envíe vía fax al: 1-888-783-1773.

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

El presente formulario de solicitud 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.