

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre: _____ Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono de Casa: () _____
 Celular: () _____ Correo Electrónico: _____
 Estado Civil: _____ Fecha de Nacimiento: _____ NSS# _____
 Contácteme Durante: MANANA TARDE
 ¿Cuál es su ingreso anual de todas las fuentes? _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO ALTERNATIVA

(Persona quien ayuda al paciente con las medicinas, si procede)

Nombre: _____ Relación al Paciente: _____
 Teléfono de Casa: () _____ Teléfono de Trabajo: () _____

INFORMACIÓN DEL DOCTOR

(Sólo la lista de los médicos que prescriben medicamentos)

Doctor #1

Doctor #2

Nombre: _____
 Nombre de Clínica: _____
 Dirección: _____
 Suite: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____
 Numero de la Oficina: () _____

Nombre: _____
 Nombre de Clínica: _____
 Dirección: _____
 Suite: _____ Ciudad: _____
 Estado: _____ Código Postal: _____
 Numero de la Oficina: () _____

INFORMACIÓN DE PRESCRIPCIONES

(Por favor ponga el numero del doctor que receta la medicina)

Dr.#	Marca/Genérica	Dosis	Frecuencia

ACUERDO DE AUTORIZACION DE PAGO DIRECTO

Quiero pagar mi cuota mensual por:

Deducir del Banco (Importante: debe adjuntar una copia de su cheque cancelado)

Tarjeta de Crédito _____ Visa _____ Mastercard

De Tarjeta: _____

Fecha de exp. : _____ 3-dígitos de seguridad: _____

Autorización de Dedución: Yo autorizo EZ Meds USA, o su abogado designado-en-hecho, para el reducimiento de mi cuenta electrónicamente o por cargar a mi tarjeta de crédito para mi cuota de solicitud y mensualidad. Esta autorización permanecerá en pleno vigor hasta el EZ Meds USA recibe una notificación escrita de mí de la terminación del servicio. Por favor espere 30 días para el proceso de la cancelación.

Firma de Autorización: _____ Fecha: _____

HAGA EL CHEQUE PARA EZMeds USA

# de prescripciones	Mensualidad	Pago Unico de inscripción	TOTAL
1 **	\$39.95	\$25.00	\$64.95
2—4	\$69.95	\$25.00	\$94.95
5—8	\$119.95	\$25.00	\$144.95
9—12	\$169.95	\$25.00	\$194.95

Proveedor:

EZ Meds USA (EZ Meds) Información General

Usted entiende que no todos los medicamentos que está tomando pueden estar disponibles a través de las compañías farmacéuticas para los programas de drogas gratis y cada compañía tiene requisitos de ingreso y cobertura de farmacia.

Su ingreso familiar anual debe ser menos de lo que se ilustra en el cuadro de ingresos y cada compañía farmacéutica puede tener pautas diferentes. Además, actualmente no tiene cobertura (seguro o programa del gobierno) que reembolsa o paga por sus medicamentos recetados y usted está experimentando una dificultad en la compra de ellos.

Se le pedirá una prueba de ingreso antes de cualquier servicio se producirá en su nombre.

Cuando su solicitud se haya completado por EZ Meds, serán enviadas por correo a su doctor para su firma. Luego, su médico las enviará de vuelta a EZ Meds para que puedan ser enviadas a la(s) compañía farmacéutica adecuada(s). EZ Meds no será responsable si su doctor(a) no regresa las aplicaciones.

Una vez que las aplicaciones para los programas de asistencia (PAPs) de las compañías farmacéuticas sean regresadas a EZ Meds se puede tardar entre 6-8 semanas antes de que reciba su primer envío de medicamento(s) (generalmente será un suministro de 90 días). La compañía farmacéutica determina si el medicamento se envía al médico, recogidos en una farmacia local, o se envían directamente a usted. Los clientes o EZ Meds no determinan donde los medicamentos serán enviados.

Usted autoriza el contacto alternativo, si es llenado, en la aplicación de inscripción se apruebe para actuar en su nombre con respecto a su cuenta y registros con EZ Meds. Usted puede cancelar su servicio en cualquier momento, pero el reembolso no será publicado.

Con respecto a los PAPs de las compañías farmacéuticas, EZ Meds solo actúa como un auxiliar de procesamiento para ayudarle aplicar y completar las aplicaciones necesarias para que reciba las medicinas gratis a través de las compañías farmacéuticas. EZ Meds no fabrica drogas, receta drogas, dispensa drogas, recomienda medicamentos, o evalúa las prescripciones.

Usted da fe de que la información que usted dio en la solicitud esta correcta y exacta. Con su firma, yo autoriza a EZ Meds USA LLC. para solicitar y obtener de mi médico, compañía de seguros o compañía farmacéutica / fabricante o sus contratistas, de los registros médicos y de información, registros financieros y de seguros y de la información, y / o cualquier otra información necesaria para el fin de verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud o relacionados con mi inscripción o la participación en los varios programas de asistencia de las farmacéuticas. Entiendo que cualquier información obtenida, así como la información proporcionada a mí en esta aplicación, será utilizada por EZ Meds USA, LLC. y su autorizado agente(s) únicamente para administrar el PAP y los servicios prestados únicamente por EZ Meds USA, LLC. , pero no será utilizada o revelada para cualquier otro fin, salvo que sean requeridos por la ley aplicable. Entiendo que ni EZ Meds USA, LLC. ni mi profesional de la salud puede ser considerado responsable en caso de que proporcione información que se considera fraudulentas. Por favor incluya prueba de ingreso, la primera página de los impuestos del último año, o la declaración de ingresos del Seguro Social.

Poder Notarial Temporal

1. Yo _____ doy permiso a "EZ Meds USA" y el/los representante(s) para solicitar programas de ayuda con medicina(s) en mi beneficio. "EZ Meds USA" tendrá Poder de Abogado limitado a firmar cualquier documentación necesaria, las aplicaciones y la documentación relativa a los programas de asistencia.
2. Yo entiendo que puedo revocar mi autorización en cualquier momento proveyendo de una petición escrita de la terminación de los servicios de "EZ Meds USA" a Processing Center, P.O. Box 43064. Las Vegas, NV 89116
3. Una copia de esta autorización puede ser aceptada como un original.

Nombre del Miembro (_____-)(_____-)(_____-)
Número de Seguro Social

Firma del Miembro Fecha

Nombre del Representante Personal Relación con el Miembro

PLAN ADMINISTRATOR:



P.O. Box 15640 • Scottsdale, Arizona 85267
Local (480) 502-3773 • Fax (480) 502-3993
Llame Gratis: 888-396-3371