

Consentimiento para envío recurrente de recetas Llamada de seguimiento (Optar en)

Agent Information:		
Nombre completo del agente:	NPN del agente:	
Información de miembro:		
Nombre del miembro:		
Identificación de miembro:	Fecha de nacimiento (DD/MM/YYYY):	
_____	____/____/_____	
Dirección primaria:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

¿QUÉ ES EL SERVICIO DE CORREO DE RECETAS DE CLOVER?

Clover Health enviará sus recetas sin costo de envío y, en la mayoría de los casos, sin aumento en los costos de sus medicamentos. Este servicio es opcional.

¿EXISTE RIESGOS O BENEFICIOS DE PARTICIPAR?

Clover Health se coordinará con usted y su farmacia para realizar la transición sin problemas de sus recetas a la farmacia asociada de Clover Health, que surtirá / enviará el envío recurrente de sus recetas.

CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, ACEPTO que un representante de Clover Health se comunique para analizar las diferentes opciones que brinda Clover Health para ayudarme con el cumplimiento de los medicamentos. Esto puede incluir discutir la opción de hacer la transición de algunas o todas mis recetas al envío por correo recurrente hasta que notifique a Clover Health de lo contrario. Esta llamada sólo puede ocurrir si estoy confirmado como miembro de Clover.

Entiendo que el consentimiento para esto es voluntario, y ninguno de mis derechos a la confidencialidad o privacidad se renuncia por mi consentimiento. Me han dicho y entiendo que la negativa a dar mi consentimiento para una llamada de seguimiento no tendrá ningún efecto sobre el nivel o la naturaleza de los beneficios de mi plan de salud. Además, entiendo que la información recopilada no tendrá un impacto financiero negativo en la prima o los beneficios de mi plan. Entiendo que este consentimiento se aplicará mientras sea miembro de Clover Health y es revocable en cualquier momento.

Nombre del miembro o nombre del representante autorizado

Nombre en letra: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Marque aquí si firma como representante personal autorizado. Adjunte la documentación correspondiente (e.g., poder notarial, orden judicial).

(Opcional) Enumere las recetas que está tomando actualmente a continuación:

_____ (inicial) _____

_____ (inicial) _____

_____ (inicial) _____

_____ (inicial) _____

_____ (inicial) _____

_____ (inicial) _____

_____ (inicial) _____

_____ (inicial) _____