

IMPORTANT

REORDER FORM AND PROOF OF DELIVERY

2nd Request

PLEASE SIGN AND RETURN THIS FORM TO US AS SOON AS POSSIBLE TO REORDER YOUR SUPPLIES.

BY SENDING THIS CARD TO US, YOUR NEXT SHIPMENT WILL GO OUT WHEN DUE AGAIN _____. (No Postage Necessary)

I acknowledge receiving the testing supplies listed on my packing list from _____ shipment, the supplier standards, warranty info, and training materials. I authorize US MEDICAL to renew my prescription, to verify my insurance benefits, to contact me, to request and accept the release of my relevant medical records, to submit claims and claim assignment of medical benefits for items/services provided to me. I am using the supplies as prescribed and I am testing my blood ___ times per day. I will be nearly exhausted of supplies.

Name: _____
Address: _____

SIGN HERE



SIGNATURE: _____ DATE: _____

We can be reached at 1-800-787-6331. You may also reorder at www.reordermysupplies.com

IMPORTANTE

PRUEBA DE ENTREGA Y DE RE-ORDENAR

2da Petición

POR FAVOR FIRME Y DEVUELVA ESTA TARJETA LO MAS PRONTO POSIBLE COMO PRUEBA DE ENTREGA.

AL FIRMARLA SU PROXIMO CARGAMENTO SERA ENVIADO CUANDO LE CORRESPONDA DE NUEVO _____.

(Sello Postal No Necesario)

Reconozco haber recibido los suministros diabéticos para pruebas enumerados en mi lista de envío en mi cargamento de _____, así como las normas del proveedor, información de garantía y los materiales de instrucción. Autorizo a US MEDICAL a renovar mi receta, verificar mis seguros, contactarme, solicitar y aceptar mis expedientes médicos pertinentes, a someter reclamos y a recibir la asignación de beneficios médicos por los artículos y servicios proporcionados a mí. Estoy utilizando los suministros diabéticos tal como han sido prescritos ___ veces al día. Pronto necesitaré suministros adicionales para pruebas. Si desea comunicarse con nosotros llámenos al 1-800-787-6331.

Nombre: _____
Dirección: _____

FIRME AQUI



FIRMA: _____ FECHA: _____