

## 会员信息 – 请务必使用黑色或蓝色水笔和大写字母填写

名字		姓氏		中间名首字母	后缀
会员 ID			计划名称		
出生日期	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新处方编号	<input type="checkbox"/>	群组编号	
手机 (包括区号) * <input type="checkbox"/> 设为首选电话			家庭电话 (包括区号) * <input type="checkbox"/> 设为首选电话		
送货地址第 1 行 <input type="checkbox"/> 此地址仅用于此订单			帐单地址第 1 行 <input type="checkbox"/> 如果与送货地址相同, 请勾选此项		
送货地址第 2 行			帐单地址第 2 行		
城市	州	邮编	城市	州	邮编
电子邮箱地址 (电子邮箱用于订单状态更新)					

## 联系方式

我希望接收自动电话、短信或电子邮件, 帮助管理我的药物。  
获取通知的首选方法:  自动电话 \*  短信 \*  电子邮件 \*\*

\* 提供这些号码即表明, 您授权我们通过这些号码就“MedImpact Direct”帐户信息与您联系。您同意, 我们可以将短信、预先录制的语音短信和自动拨号技术用于信息服务电话, 但不得用于电话营销或销售电话。您可能需要支付短息和流量费。您可以随时登录 [www.medimpact.com](http://www.medimpact.com) 更改这些首选项或者选择退出。

\*\* 您提供电子邮件地址, 即表明您 (1) 同意我们通过电子邮件向您发送可能包含受保护健康信息的 MedImpact Direct 帐户或药物相关通信; 以及 (2) 承认并接受电子邮件通信不安全且有可能存在未经授权拦截或查看的风险。

## 健康信息

<b>过敏</b>	<input type="checkbox"/> 阿司匹林	<input type="checkbox"/> 红霉素	<input type="checkbox"/> 青霉素	<input type="checkbox"/> 四环素类
<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 头孢菌素类	<input type="checkbox"/> 非甾体抗炎药	<input type="checkbox"/> 喹诺酮类	<input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 阿莫西林 / 氨苄西林	<input type="checkbox"/> 可待因	<input type="checkbox"/> 花生	<input type="checkbox"/> 磺胺类	_____
<b>健康疾病</b>	<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 青光眼	<input type="checkbox"/> 高胆固醇	<input type="checkbox"/> 甲状腺疾病
<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 心脏病	<input type="checkbox"/> 骨质疏松症	<input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 关节炎	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血压	<input type="checkbox"/> 妊娠	_____

## 药品清单

请列出目前正在服用的任何处方药和非处方药。

---



---



---

## 付款信息 – 请勿寄现金

请使用信用卡或借记卡，以获得最快捷服务。我们接受 VISA®、Mastercard®、Discover® 或 American Express®。如需使用支票或汇票，请致电服务代表。

持卡人姓氏

持卡人名字

使用存档付款方式 (老客户)  
 使用新信用卡： Visa®  Mastercard®  Discover®  American Express®

加急交付  
 (处方金额外加 \$25)

信用卡号

有效期

安全码

标准送货免费。从收到订单之日起，送达时间最多可能需要 10 天。您可以勾选以上加急交付选框，但需额外支付 \$25。加急交付订单只送达至街道地址，而非邮政信箱。加急交付送达时间将缩短 1-2 天。MedImpact Direct® 收到处方后的处理时间可能是 3-5 个工作日。

我授权 MedImpact Direct® 从本人信用卡收取任何挂号费、共保费、减免费或者其他任何处方欠费，包括任何相应的加急交付费用。

X

持卡人签字

日期

如果不希望我们使用此付款方式支付未来订单或欠款，请勾选此框。您可以随时致电 MedImpact Direct® 更新此信息，或者登录 www.medimpact.com 帐户更新首选付款方式。

## 授权

点击此处申请“Easy Open Caps”。联邦法律规定，您的处方药应盛装在带有儿童防护盖或安全盖的容器内，除非您另有要求。如需“Easy Open Cap”，请勾选此框。

将此表格交付给 MedImpact Direct® 即表明，您确认这些信息正确无误，所附处方药将用于合格参与者；您同意向患者的健康计划和医疗保健提供者 / 代理人披露患者的健康信息，并用于健康福利管理至目的。根据《1996 年健康保险流通与责任法案》(HIPAA) 规定，MedImpact Direct® 应遵循联邦隐私法规使用或披露可识别个人身份的健康信息（无论此类信息由您本人提供还是源自其他来源，例如医疗保健提供者）。

X

签名

日期

## 请将填写完毕的本订单连同处方和付款信息邮寄至：

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

请要求医生将您的处方以电子方式发送至 MedImpact Direct® 或者传真至：1-888-783-1773。

\*\* 请注意，我们只能接受来自医疗保健提供者的电子处方和传真。

本信函可能包含受《1996 年健康保险流通与责任法案》(“HIPAA”) 和其他法规保护的可识别个人身份的机密健康信息。