

### Thông Tin Hội Viên - Xin sử dụng bút mực đen hoặc xanh và VIẾT CHỮ IN HOA

|   |   |                  |  |                  |              |
|---|---|------------------|--|------------------|--------------|
| Tên   |   | Họ               |  | Tên lót viết tắt | Phụ danh     |
| ID Hội Viên   |   |                  | Tên Chương Trình Bảo Hiểm  |                  |              |
| Ngày Sinh   | Giới Tính<br><input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ | Số Toa Thuốc Mới | <input type="text"/>   | Số Nhóm          |              |
| Điện Thoại Di Động (Gồm cả mã vùng)* <input type="checkbox"/> Đặt làm Số Thường Dùng              |   |                  | Điện Thoại Nhà (Gồm cả mã vùng)* <input type="checkbox"/> Đặt làm Số Thường Dùng               |                  |              |
| Địa Chỉ Giao Thuốc Dòng 1 <input type="checkbox"/> Địa chỉ này chỉ dùng cho đơn đặt mua thuốc này |   |                  | Địa Chỉ Hóa Đơn Dòng 1 <input type="checkbox"/> Kiểm tra xem có giống Địa Chỉ Giao Thuốc không |                  |              |
| Địa Chỉ Giao Thuốc Dòng 2   |   |                  | Địa Chỉ Hóa Đơn Dòng 2   |                  |              |
| Thành Phố   | Tiểu Bang   | Số Bưu Chính     | Thành Phố  | Tiểu Bang        | Số Bưu Chính |
| Địa Chỉ Email (Email được dùng để cập nhật trạng thái đơn đặt mua thuốc)                          |   |                  |  |                  |              |

### Cách Liên Hệ Với Tôi

Tôi muốn nhận cuộc gọi điện thoại tự động, tin nhắn văn bản hoặc email để giúp tôi quản lý thuốc của mình.

Tôi muốn nhận thông báo bằng phương thức:  Gọi điện thoại tự động\*  Tin nhắn văn bản\*  Email\*\*

\*Khi cung cấp các số điện thoại này, quý vị cho phép chúng tôi liên hệ theo các số này để thông báo về tài khoản MedImpact Direct của quý vị. Quý vị đồng ý cho phép chúng tôi gửi tin nhắn văn bản, tin nhắn thoại ghi âm sẵn và công nghệ tự động quay số đối với các cuộc gọi dịch vụ cung cấp thông tin, không phải cuộc gọi tiếp thị hoặc bán hàng. Có thể áp dụng thu phí tin nhắn hoặc dữ liệu. Quý vị có thể thay đổi những phương thức mong muốn này hoặc hủy đăng ký bất kỳ lúc nào bằng cách đăng nhập vào [www.medimpact.com](http://www.medimpact.com).

\*\* Khi cung cấp địa chỉ email, quý vị (1) đồng ý cho phép chúng tôi gửi thông tin liên lạc cho quý vị qua email về tài khoản MedImpact Direct hoặc thuốc men của quý vị mà có thể chứa các thông tin y tế được bảo vệ, đồng thời (2) công nhận và chấp nhận rằng các thông tin liên lạc qua email không được bảo mật và có nguy cơ các bên thứ ba trái phép sẽ xem hoặc chặn các thông tin đó.

### Chi Tiết Về Sức Khỏe

|  |   |                                       |  |  |
|--|---|---------------------------------------|--|--|
| <b>Dị Ứng</b>                              | <input type="checkbox"/> Aspirin        | <input type="checkbox"/> Erythromycin | <input type="checkbox"/> Penicillin      | <input type="checkbox"/> Tetracyclines   |
| <input type="checkbox"/> Không             | <input type="checkbox"/> Cephalosporins | <input type="checkbox"/> NSAIDs       | <input type="checkbox"/> Quinolones      | <input type="checkbox"/> Khác _____      |
| <input type="checkbox"/> Amoxil/Ampicillin | <input type="checkbox"/> Codeine        | <input type="checkbox"/> Đậu Phộng    | <input type="checkbox"/> Sulfa           | _____                                    |
| <b>Bệnh Trạng</b>                          | <input type="checkbox"/> Hen Suyễn      | <input type="checkbox"/> Tăng Nhãn Áp | <input type="checkbox"/> Cholesterol Cao | <input type="checkbox"/> Bệnh Tuyến Giáp |
| <input type="checkbox"/> Không             | <input type="checkbox"/> Ung Thư        | <input type="checkbox"/> Bệnh Tim     | <input type="checkbox"/> Loãng Xương     | <input type="checkbox"/> Khác _____      |
| <input type="checkbox"/> Viêm Khớp         | <input type="checkbox"/> Tiểu Đường     | <input type="checkbox"/> Huyết Áp Cao | <input type="checkbox"/> Mang Thai       | _____                                    |

### Danh Sách Thuốc

Xin vui lòng ghi bất kỳ loại thuốc theo toa và thuốc bán không theo toa nào mà quý vị hiện đang sử dụng.

---



---



---

### Thông Tin Thanh Toán – Không gửi tiền mặt

Để được phục vụ nhanh nhất, xin thanh toán bằng thẻ tín dụng hoặc thẻ ghi nợ. Chúng tôi chấp nhận các loại thẻ VISA®, Mastercard®, Discover® hoặc American Express®. Nếu quý vị cần thanh toán bằng séc hoặc lệnh chuyển tiền, xin gọi điện cho đại diện của chúng tôi.

Họ của Chủ Thẻ

Tên của Chủ Thẻ

Tính phí theo phương thức thanh toán ghi trong hồ sơ (Khách quen)

Tính phí vào thẻ tín dụng MỚI của tôi:  Visa®  Mastercard®  Discover®  American Express®

Giao Hàng Nhanh

(Cộng \$25 vào giá toa thuốc của tôi)

Số Thẻ Tín Dụng

Ngày Hết Hạn

Mã Bảo Mật

Miễn phí giao hàng thông thường. Đơn hàng của quý vị có thể được giao trong 10 ngày kể từ ngày chúng tôi nhận được đơn hàng. Quý vị có thể chọn giao thuốc nhanh với mức phí bổ sung \$25 khi đánh dấu vào ô bên trên. Các đơn hàng chuyển phát nhanh chỉ được gửi đến địa chỉ đường phố, không gửi đến hòm thư PO. Chuyển phát nhanh sẽ rút ngắn thời gian chuyển phát 1–2 ngày. Thời gian xử lý có thể mất 3–5 ngày làm việc kể từ khi **MedImpact Direct®** nhận được toa thuốc của quý vị.

Tôi ủy quyền cho **MedImpact Direct®** tính phí vào thẻ tín dụng của tôi bất kỳ khoản đồng thanh toán, đồng bảo hiểm, khấu trừ, hoặc bất kỳ số tiền nào mà tôi nợ với các toa thuốc của mình, bao gồm bất kỳ chi phí chuyển phát nhanh nào.

**X**

Ngày

Chữ Ký của Chủ Thẻ

Đánh dấu vào ô này nếu quý vị KHÔNG muốn chúng tôi sử dụng phương thức thanh toán này cho các đơn thuốc sau này hoặc số dư nợ. Quý vị có thể gọi cho **MedImpact Direct®** để cập nhật thông tin này vào bất kỳ lúc nào hoặc quý vị có thể cập nhật thông tin thanh toán mong muốn bằng cách đăng nhập vào tài khoản của mình tại [www.medimpact.com](http://www.medimpact.com).

### Cho Phép

Đánh dấu vào đây để yêu cầu Hộp Dễ Mở. Pháp luật liên bang quy định toa thuốc của quý vị phải được để trong hộp có nắp an toàn hoặc chống trẻ em trừ khi quý vị yêu cầu khác. Nếu quý vị muốn dùng Hộp Dễ Mở, xin đánh dấu vào ô này.

Khi gửi lại đơn này cho **MedImpact Direct®**, quý vị xác nhận rằng các thông tin trên là chính xác, rằng các toa thuốc gửi kèm dành cho hội viên đủ điều kiện, và quý vị đồng ý cho phép tiết lộ và sử dụng thông tin y tế của bệnh nhân đó với (các) chương trình bảo hiểm y tế của bệnh nhân và các nhà cung cấp/đại lý chăm sóc sức khỏe để quản lý các phúc lợi y tế tốt hơn. Việc **MedImpact Direct®** sử dụng hoặc tiết lộ thông tin y tế có thể nhận diện cá nhân, bất kể do quý vị cung cấp hoặc thu thập từ các nguồn khác, như từ các nhà cung cấp dịch vụ y tế, phải tuân thủ các quy định về quyền riêng tư của pháp luật liên bang theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế 1996 (HIPAA).

**X**

Ngày

Chữ Ký

**Xin gửi đơn đặt hàng đã hoàn tất này cùng với toa thuốc và thông tin thanh toán của quý vị, đến:**

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

Hãy yêu cầu bác sĩ của quý vị gửi toa thuốc theo đường điện tử đến MedImpact Direct® hoặc fax cho chúng tôi theo số: 1-888-783-1773.

\*\*Xin lưu ý rằng chúng tôi chỉ chấp nhận các toa thuốc điện tử và fax từ nhà cung cấp dịch vụ y tế của quý vị.

Thư này có thể bao gồm thông tin y tế bí mật có thể nhận dạng cá nhân theo Đạo Luật về Trách Nhiệm Giải Trình và Cung Cấp Thông Tin Bảo Hiểm Y Tế 1996 ("HIPAA") và các đạo luật khác.