

## 회원 정보 - 검은색이나 파란색 펜을 사용해서 대문자로만 기재해주시오

|   |   |          |  |           |       |
|---|---|----------|--|-----------|-------|
| 이름  |   | 성        |  | 중간<br>이니셜 | 접미사   |
| 회원 ID   |   |          | 보험 플랜  |           |       |
| 생년월일  | 성별<br><input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 | 새 처방전 개수 | <input type="text"/>                               | 그룹 번호     |       |
| 휴대 전화(지역 번호 포함)* <input type="checkbox"/> 기본 전화로 설정 |   |          | 집 전화(지역 번호 포함)* <input type="checkbox"/> 기본 전화로 설정 |           |       |
| 배송 주소 1 <input type="checkbox"/> 이번 주문에만 이 주소 사용    |   |          | 결제 주소 1 <input type="checkbox"/> 배송 주소와 같을 경우 표시   |           |       |
| 배송 주소 2   |   |          | 결제 주소 2  |           |       |
| 도시  | 주   | 우편 번호    | 도시   | 주         | 우편 번호 |
| 이메일 주소(주문 상태 업데이트 시 사용될 이메일)                        |   |          |  |           |       |

## 연락 방법

의약품 관리에 도움이 되는 자동화 전화, 문자 메시지 또는 이메일을 받고 싶습니다.

알림 수신 선호 방법:  자동화 전화\*  문자 메시지\*  이메일\*\*

\*이상의 연락처를 제공함으로써 귀하는 MedImpact Direct 계정과 관련된 연락을 해당 번호로 할 수 있게 승인한 것으로 간주합니다. 귀하의 승인은 문자 메시지 전송과 정보 제공 서비스 전화로 사전 녹음된 음성 메시지 및 자동 다이얼링 테크놀로지까지 확대되나 텔레마케팅이나 영업용 전화에는 해당되지 않습니다. 메시지 전송 요금 및 데이터 요금이 적용될 수 있습니다. 언제든지 [www.medimpact.com](http://www.medimpact.com)에 로그인하여 선호 사항을 변경하시거나 취소하실 수 있습니다.

\*\* 이메일 주소를 알려주실으로써 귀하께서는 (1) 보호되어야 할 건강 정보가 포함되었을지도 모를 MedImpact Direct 계정 또는 의약품에 대한 이메일 통신문을 저희가 귀하에게 발송하는 것에 동의하시게 되고, (2) 이메일 통신문은 보안이 안 되어 권한이 없는 사람이 이메일을 중간에 가로채거나 열람할 위험이 있다는 것을 인정하고 받아들이시게 됩니다.

## 건강 정보

|                                   |                                 |                                  |                                 |                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| <b>알레르기</b>                       | <input type="checkbox"/> 아스피린   | <input type="checkbox"/> 에리스로마이신 | <input type="checkbox"/> 페니실린   | <input type="checkbox"/> 테트라사이클린  |
| <input type="checkbox"/> 없음       | <input type="checkbox"/> 세팔로스포린 | <input type="checkbox"/> NSAID   | <input type="checkbox"/> 퀴놀론    | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 아목실/암피실린 | <input type="checkbox"/> 코데인    | <input type="checkbox"/> 땅콩      | <input type="checkbox"/> 술파제    | _____                             |
| <b>질병</b>                         | <input type="checkbox"/> 천식     | <input type="checkbox"/> 녹내장     | <input type="checkbox"/> 고콜레스테롤 | <input type="checkbox"/> 갑상선 질환   |
| <input type="checkbox"/> 없음       | <input type="checkbox"/> 암      | <input type="checkbox"/> 심장 질환   | <input type="checkbox"/> 골다공증   | <input type="checkbox"/> 기타 _____ |
| <input type="checkbox"/> 관절염      | <input type="checkbox"/> 당뇨병    | <input type="checkbox"/> 고혈압     | <input type="checkbox"/> 임신     | _____                             |

## 약물 목록

현재 복용 중이며 처방전이 있어야 살 수 있는 의약품과 처방전 없이 살 수 있는 의약품의 목록을 작성하십시오.

---



---



---

## 결제 안내 – 현금 결제는 받지 않습니다

가장 신속한 서비스를 원하시면 신용카드나 직불카드로 결제해주시요. VISA®, Mastercard®, Discover®, 또는 American Express®를 이용 가능합니다. 수표나 머니 오더로 결제하시고자 한다면, 담당자에게 연락해주시요.

카드 소유주 성

카드 소유주 이름

기록에 저장된 방식으로 결제(기존 고객)

새 신용카드로 결제:  Visa®  Mastercard®  Discover®  American Express®

빠른 배송으로 받기  
(처방약 값에 25달러 추가)

신용카드 번호

유효 기간

보안 코드

표준 배송비는 무료입니다. 주문하신 약의 배송은 접수일로부터 최대 10일까지 걸릴 수 있습니다. 위의 칸에 표시하시고 \$25를 추가하시면 더욱 빠르게 받아보실 수 있습니다. 빠른 배송은 거리 주소로 배달되는 경우에만 적용되며 PO 박스에는 적용되지 않습니다. 빠른 배송을 선택하시면 배송 시간을 1-2일 정도 줄일 수 있습니다. 주문 처리 시간은 MedImpact Direct®에서 처방전 접수일로부터 영업일 기준 3-5일이 소요될 수 있습니다.

본인은 해당하는 빠른 배송 요금을 포함하여, MedImpact Direct®에서 공동 부담금, 공동 보험금, 공제금이나 처방약에 대한 기타 미결제금을 본인의 신용카드로 결제할 수 있게 승인합니다.

X

카드 소유주 서명

날짜

향후 주문 또는 잔액 결제에 본 결제 방법을 사용하지 않으시려면 이 칸에 표시해주시요. 결제 정보를 업데이트하시려면 언제든지 MedImpact Direct®에 연락하시거나 www.medimpact.com에서 귀하의 계정에 로그인하신 다음 결제 정보를 업데이트하실 수 있습니다.

## 승인서

이지 오픈 캡(Easy Open Cap)을 원하시면 여기에 표시하십시오. 연방법에 따라 귀하의 처방약은 귀하께서 달리 요청하지 않는 한, 아동 접근 방지 캡이나 안전 캡이 있는 용기로 제공됩니다. 이지 오픈 캡이 있는 용기로 받으시려면 해당 칸에 표시해주시요.

이 양식을 MedImpact Direct®로 반환함으로써, 귀하는 제공된 정보가 정확하고, 동봉된 처방전은 자격 있는 관련인을 위한 것임을 확인하고, 건강 혜택 관리를 위해 환자의 건강 정보를 해당 환자의 보험 플랜 및 의료 서비스 제공자/기관에 공개 및 사용하는 것을 승인합니다. MedImpact Direct®에서 개인을 식별할 수 있는 건강 정보를 사용하거나 공개할 때는 정보의 당사자 제공 또는 의료 제공자와 같은 다른 곳에서 취득하는 등의 출처와는 관계없이 1996 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법(HIPAA) 하의 연방 개인 정보 보호 규정을 준수합니다.

X

서명

날짜

완성된 주문 양식과 처방전 및 결제 정보를 다음 주소로 보내주시요.

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

처방전을 MedImpact Direct®에 전자적으로 전송하거나 다음 팩스 번호로 보내주도록 담당 의사에게 요청합니다. 1-888-783-1773.

\*\*당사는 귀하의 의료 서비스 제공자가 발송한 전자 처방전 및 팩스만 수락할 수 있다는 점에 유의해주시요.

이 서신에는 1996 건강 보험 양도 및 책임에 관한 법("HIPAA")과 기타 법률 아래 보호받는 개인을 식별할 수 있는 비밀 건강 정보가 포함될 수 있습니다.