

會員資訊 – 請使用黑色或藍色水筆並僅用大寫字母填寫

名字		姓氏		中間名字字首	後綴
計畫成員 ID			計畫名稱		
出生日期	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	新處方藥編號	<input type="checkbox"/>	團體編號	
手機 (含區號) * <input type="checkbox"/> 設置為首選電話			家庭電話 (含區號) * <input type="checkbox"/> 設置為首選電話		
寄送地址第 1 行 <input type="checkbox"/> 本地地址僅用於此訂單			帳單地址第 1 行 <input type="checkbox"/> 如果與寄送地址相同, 請勾選		
寄送地址第 2 行			帳單地址第 2 行		
城市	州	郵編	城市	州	郵編
電郵地址 (用於更新訂單狀態的電郵)					

如何聯絡我

我希望接收自動電話、短信或電子郵件, 幫助我管理藥物。

我的首選通知接收方式是: 自動電話 * 短信 * 電子郵件 **

* 提供這些號碼, 即表示您允許我們透過這些號碼針對有關「Birdi」帳戶事宜與您聯絡。您同意我們可以使用短信、預錄語音訊息以及自動撥號技術進行資訊服務致電, 但不是用於電話營銷系統或推銷電話。可能會收取短信和數據費率。您可以登錄 www.medimpact.com 網站隨時更改這些首選項或者選擇退出接收。

** 提供電子郵件地址即表明, 您 (1) 同意我們透過電子郵件向您發送可能包含受保護健康資訊的「Birdi」帳戶或藥物相關通信; 以及 (2) 承認並接受, 電子郵件通信不甚安全, 且可能存在未授權攔截或查看的風險。

健康資訊

過敏	<input type="checkbox"/> 阿司匹林	<input type="checkbox"/> 紅黴素	<input type="checkbox"/> 青黴素	<input type="checkbox"/> 四環素
<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 頭孢菌素	<input type="checkbox"/> 非甾體類抗炎藥	<input type="checkbox"/> 喹諾酮類	<input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 阿莫西爾 / 氨苄青黴素	<input type="checkbox"/> 可待因	<input type="checkbox"/> 花生	<input type="checkbox"/> 磺胺類	_____
健康狀況	<input type="checkbox"/> 哮喘	<input type="checkbox"/> 青光眼	<input type="checkbox"/> 高膽固醇	<input type="checkbox"/> 甲狀腺疾病
<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 癌症	<input type="checkbox"/> 心臟病	<input type="checkbox"/> 骨質疏鬆症	<input type="checkbox"/> 其他 _____
<input type="checkbox"/> 關節炎	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 高血壓	<input type="checkbox"/> 妊娠	_____

藥品清單

請列出目前正在服用的任何處方藥和非處方藥。



註冊 / 藥物訂購表

Birdi患者護理中心

1-855-873-8739 (TTY撥打711)或者

Patientcare@birdirx.com

www.medimpact.com

付款資訊 – 切勿寄送現金

為提供最快捷的服務，請使用信用卡或借記卡付款。我們接受 VISA® 卡、Mastercard® 卡、Discover® 卡或者 American Express® 卡付款。如需使用支票或匯票付款，請致電我們並與代表進行溝通。

持卡人姓氏	持卡人名字
-------	-------

<input type="checkbox"/> 請使用記錄中的付款方式 (舊顧客) <input type="checkbox"/> 請使用新信用卡付款： <input type="checkbox"/> Visa® <input type="checkbox"/> Mastercard® <input type="checkbox"/> Discover® <input type="checkbox"/> American Express®	<input type="checkbox"/> 加急配送 (在我的處方金額上加 25 美元)
---	--

信用卡卡號	失效日期	安全代碼
-------	------	------

標準寄送免費。我們將在收到訂單之日起 10 天之內進行配送。勾選上方選框，額外支付 \$25，選擇加急配送。加急配送訂單僅送至街道地址，而非郵政信箱。我們會在收到處方後 5 個工作日內對訂單進行處理並發藥。

本人授權 Birdi™ 從我的信用卡中收取任何掛號費、共同保險額、自付額或者與處方相關的任何其他費用，包括任何相應的加急配送費。

X _____ 持卡人簽名	日期
-------------------------	----

如果您不希望我們使用本付款方式支付日後訂單或者所欠餘額，請勾選此選框。您可以隨時致電 Birdi™ 更新此項資訊，或者登錄 www.medimpact.com 網站在您的賬戶中更新首選付款方式。

授權

勾選此處申請使用「Easy Open Caps (易開瓶蓋)」，根據聯邦法律規定，處方藥應使用帶有防兒童開啟或是安全瓶蓋的容器進行分裝，除非您做出其他請求。如果您希望使用「Easy Open Cap」，請勾選此選框。

將此表格寄回 Birdi™，即表示您確認本表中的資訊準確無誤，隨附處方用於合格參與者；而且出於健康福利金管理之目的，您同意向患者的健康計劃和健康醫療機構 / 代理披露或使用患者健康資訊。根據《1996 年健康保險流通與責任法案》(HIPAA) 規定，Birdi™ 應遵循聯邦隱私法規使用或披露可識別個人身份的健康信息 (無論此類信息由您本人提供還是源自其他來源，例如醫療保健提供者)。

X _____ 簽名	日期
----------------------	----

將此填寫完整的訂單表格以及您的處方和付款資訊郵寄到：

Birdi, PO Box 8004, Novi, MI 48376-8004

請您的醫生透過電子方式將處方寄至「Birdi™」，或者發送傳真至：1-888-783-1773。

** 請注意，我們僅接受您的健康醫護人員提供的電子處方和傳真。

本信函可能包含受 1996 年《醫療保險攜帶與責任法案》(「HIPAA」) 以及其他法令保護的可識別出個人身份的保密健康資訊，並用於健康福利管理之目的。