

회원 정보 - 검정색 또는 파란색 잉크와 대문자만 사용하십시오					
이름		성		중간 이름	이름 접미사
회원 ID			플랜 이름		
생년월일	성별 <input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여	신규 처방 수	<input type="checkbox"/>	그룹 번호	
휴대전화 (지역번호 포함)* <input type="checkbox"/> 기본 전화로 설정			집 전화 (지역번호 포함)* <input type="checkbox"/> 기본 전화로 설정		
배송 주소 1 <input type="checkbox"/> 이번에만 해당 주소 사용			청구 주소 1 <input type="checkbox"/> 배송 주소와 동일한 경우 확인		
배송 주소 2			청구 주소 2		
시	도	우편 번호	시	도	우편 번호
이메일 주소(주문 상태 업데이트용)					

연락 방법
<p>약물 관리를 위해 자동 전화, 문자 메시지 또는 이메일을 받고 싶습니다.</p> <p>알림 방법: <input type="checkbox"/> 자동 전화* <input type="checkbox"/> 문자 메시지* <input type="checkbox"/> 이메일**</p>

*이 번호를 제공하시면, Birdi 계정과 관련하여 해당 번호로 연락할 수 있는 권한을 허용한 것으로 간주합니다. 귀하의 동의에 따라 문자 메시지, 녹음 음성 메시지, 자동 다이얼 기술을 정보 서비스 전화에 사용할 수 있으나, 텔레마케팅 또는 판매 전화에 사용되지 않습니다. 문자 및 데이터 요금이 부과될 수 있습니다. 알림 방법을 변경하거나 수신을 거부하려면 언제든지 www.medimpact.com에 로그인하여 설정할 수 있습니다.

** 이메일 주소를 제공함으로써 귀하는 (1) Birdi 계정 또는 약물에 대한 정보를 이메일로 수신하는 데 동의하며, 해당 이메일에 보호된 건강 정보가 포함될 수 있음을 인지하고 (2) 이메일 통신이 안전하지 않을 수 있으며, 승인되지 않은 제3자가 가로채거나 열람할 위험이 있음을 인지하고 이를 수락합니다.

건강 정보				
알레르기	<input type="checkbox"/> 아스피린	<input type="checkbox"/> 에리트로마이신	<input type="checkbox"/> 페니실린	<input type="checkbox"/> 테트라사이클린
<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 세팔로스포린	<input type="checkbox"/> 비스테로이드소염제	<input type="checkbox"/> 퀴놀론	<input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 아목시실린/암피실린	<input type="checkbox"/> 코데인	<input type="checkbox"/> 땅콩	<input type="checkbox"/> 설파제	_____
건강 상태	<input type="checkbox"/> 천식	<input type="checkbox"/> 녹내장	<input type="checkbox"/> 고콜레스테롤혈증	<input type="checkbox"/> 갑상선 질환
<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 암	<input type="checkbox"/> 심장 상태	<input type="checkbox"/> 골다공증	<input type="checkbox"/> 기타 _____
<input type="checkbox"/> 관절염	<input type="checkbox"/> 당뇨병	<input type="checkbox"/> 고혈압	<input type="checkbox"/> 임신	_____
약품 목록				
현재 복용 중인 처방 약과 일반의약품을 모두 기재해 주십시오.				

결제 정보 - 현금을 보내지 마십시오

빠른 결제를 위해 신용 또는 직불카드로 결제하십시오. 결제 가능 카드: VISA®, Mastercard®, Discover® 또는 American Express® 수표 또는 우편환으로 결제하시는 경우 담당자에게 연락하여 문의하시기를 바랍니다.

카드 소유자 성	카드 소유자 이름
----------	-----------

<input type="checkbox"/> 등록된 결제 수단으로 결제(기존 고객) <input type="checkbox"/> 새 신용카드 결제: <input type="checkbox"/> Visa® <input type="checkbox"/> Mastercard® <input type="checkbox"/> Discover® <input type="checkbox"/> American Express®	<input type="checkbox"/> 빠른 배송 (처방 금액에 \$25 추가)
---	--

신용카드 번호	유효기간	보안 코드
---------	------	-------

일반 배송은 무료입니다. 주문은 접수일로부터 배송까지 최대 10일이 소요될 수 있습니다. 위의 상자를 선택하시면 추가 요금 \$25로 빠른 배송을 선택하실 수 있습니다. 빠른 배송 주문은 우편 사서함이 아닌 실제 도로 주소로만 발송됩니다. 주문은 처방전을 접수한 날로부터 영업일 기준 5일 이내에 처리 및 발송됩니다.

Birdi™가 처방 약에 대한 본인 부담금, 공동 부담금, 공제액 또는 기타 미납 금액과 관련하여, 빠른 배송 요금 등 기타 적용 가능한 모든 금액을 신용카드 청구하는 것을 허용합니다.

X _____ 카드 소유자 서명	날짜
--------------------------------	----

향후 주문 또는 미납 금액 결제에 이 결제 수단을 사용하지 않으려면 이 상자를 선택하십시오. 언제든지 Birdi™에 연락하여 정보를 업데이트 할 수 있으며, www.medimpact.com에 로그인하여 선호 결제 방식을 변경할 수 있습니다.

권한

Easy Open Caps를 신청하려면 여기를 클릭하세요. 연방법에 따라 귀하의 처방약은 아동 보호 또는 안전 뚜껑이 있는 용기에 제공되어야 하며, 귀하가 달리 요청하지 않는 한 아동 보호 또는 안전 뚜껑이 있는 용기에 제공됩니다. Easy Open Cap을 원하신다면 상자를 체크하세요.

이 양식을 Birdi™에 반환함으로써 귀하는 제공된 정보가 정확하며, 동봉된 처방약이 해당 자격을 갖춘 대상자를 위한 것임을 확인하고, 환자의 건강 정보를 건강 관리 혜택 관리를 위해 환자의 건강 보험 및 의료 제공자/대리인에게 제공하고 사용하는 것에 동의합니다. Birdi™는 귀하가 제공한 정보, 의료 제공자 등 기타 출처로부터 얻은 정보 또는 개인 식별이 가능한 건강 정보를 1996년 제정된 미국 의료 정보 보호법(HIPAA)의 연방 개인정보 보호 규정에 따라 사용하거나 공개합니다.

X _____ 서명	날짜
-------------------------	----

작성된 주문 양식과 처방전 및 결제 정보를 아래 주소로 보내주십시오.

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

귀하의 의사에게 전자 처방전을 Birdi™로 전송하거나 아래 팩스 번호로 보내도록 요청하십시오. 1-888-783-1773.

**참고: 전자 처방전과 팩스는 의료 제공자에게서만 접수 가능합니다.

이 서신은 1996년 제정된 미국 의료 정보 보호법(HIPAA) 및 기타 법령에 의해 보호되는 개인 식별이 가능한 기밀 건강 정보가 포함되어 있을 수 있습니다.