

郵購登記表

登記處方藥物送貨上門的服務可為您節省大量時間和金錢。遵循此表單正面和反面的四個步驟來填寫。

1: 提供您的背景資訊

計劃資訊

僱主名稱	計劃ID號	組號 (如已知)
------	-------	----------

患者資訊

選中此框，如不要兒童防護帽

名字		姓氏
生日	性別	電郵*

*Integrated HMO 藥房可以選擇通過電郵與您溝通，如果你提供一個有效的電郵地址。我們重視您的隱私。您的個人資訊將嚴格保密，也決不會出售給協力廠商。它只將用於您請求與IHMO 藥房提供的服務相關的資訊。

發貨資訊

選中此框，如果這是一個更改的地址

街道地址		公寓或套房號	城市
		碼	
州	郵政編碼	家庭電話	工作電話

醫師資訊

名字	姓氏	醫師電話
----	----	------

藥物過敏

- 阿司匹林
- 青霉素
- 可待因

- 磺胺類藥物
- 無
- 其他：_____

健康情況 (以監控藥物/疾病的相互作用)

- 關節炎
- 糖尿病
- 青光眼
- 心臟問題

- 高血壓
- 高膽固醇
- 腸道功能紊亂
- 肺部問題

- 甲狀腺
- 其他：_____

我證明在此表單上輸入的患者資訊正確，而且該患者有資格享受處方藥計劃下的福利並授權發佈的所有資訊給該計劃的管理員。我保證，沒有主要處方含保覆蓋在另一個計劃下。如果處方含保被拒絕，我同意償還Integrated HMO 藥房在處方計劃下被拒絕的金額。

受保人的署名

日期

2: 提供您的付款資訊

付款資訊

接受VISA, Mastercard, 和Discover。您也可以使用支票、出納支票、或者匯票進行支付。然而, IHMO要求任何訂單須在收到您的共付額後方可發送。如果您選擇使用信用卡或借記卡, IHMO 藥房可以將您的銀行卡資訊記錄在案方便您日後購買。

<input type="checkbox"/> 信用卡	<input type="checkbox"/> 授權此卡支付所有的未來款項
<input type="checkbox"/> 借記卡	<input type="checkbox"/> 在填寫每個訂單前電聯我授權此卡
我明白所有共付額和/或經由Integrated HMO藥房購買產品的處方費用將由以上提供的信用卡支付。我也明白通過簽署此表單處方藥物不能退還給藥房來換取信用, 除非是召回、醫療設備的缺陷、或者由藥房預先批准。任何理由的藥物退還都會導致其立即銷毀而且不須供信貸。	
信用卡卡號	屆滿日期
卡上顯示姓名	
賬單地址	
持卡人署名	日期

3: 檢查您的工作

請確保在此表單上的資訊正確。此資訊將保持為私有, 並將用於填寫您的處方和監控任何有害的藥物/疾病相互作用。

4: 提交此表單

傳真此表單至 1(800)801-2395 或者郵寄此表單至:

Integrated HMO Pharmacy
PO Box 369
Boys Town, NE 68010



如果有關於您的藥物、發貨、或者計費的問題, 可以致電給IHMO 藥房總部設在美國的支援專家和藥劑師。

致電1(800)633-7928 聽障或語障用戶: (866)-706-4757

配領您的新處方需要.....

經由IHMO藥房配領和重新配領處方很簡單。選擇以下選項之一來開始。



郵件: 您可以郵寄一份從您醫師處取得的處方原件。請醫師將您的處方寫為90天供應量, 並且多達一年內多次重配, 使您盡可能容易地獲取您的藥物。重新配領的訂購表格將附在您收到的每個訂單里。



傳真: 處方可以從您的開處方醫師辦公室傳真至1(800)801-2395。這份傳真必須包含一份醫師辦公室出處的傳真封面。



電話: 準備好您的Rx號碼(可以從藥瓶上或處方記錄清單里找到)然後撥打1(800)633-7928; 或者您可以留言給處方重新配領中心, 您的訂單將會被處理。請準備好留言所需資料包括患者姓名、出生日期、聯繫方式、以及任何確認和諮詢特殊要求。



電子處方: 您的醫師可以將您的處方通過電子形式提交給IHMO 藥房。如有任何問題請他們撥打1(800)-633-7928。

分配的量: 請您的醫師給您開處方為三個月或90天供應量, 如果可能的話。處方必須顯示您和您醫師希望IHMO 藥房分配的藥量(例如, 一份寫為每天一片數量30片有兩次重新配領的處方, 配領時將會被提供僅30片而不是三個月的供應量)。