

---



---



---

PLACE  
STAMP  
HERE

Kaiser Permanente Mail Order Processing Center  
9521 Dalen St.  
Downey, CA 90242

Visit us online at [members.kp.org](http://members.kp.org)!  
Visítenos en línea en [members.kp.org](http://members.kp.org)



5506-4001-02-02

Cardholder signature

---

Account number

Expiration date

---

Cardholder name

---

- VISA
  - MasterCard (make payable to Kaiser Permanente)
  - American Express
  - ATM/check card
  - Check enclosed
- Amount enclosed \$ \_\_\_\_\_

**Do not send cash.**

All orders must be paid in advance. Paying by check may delay your refill by up to 5 days.

### Step 2—Payment information

### Step 3—Shipping information

Your refill will be mailed to you at no additional charge. Please allow 7 to 10 days for your order to be processed.

Name (Last, First, MI) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ ZIP code \_\_\_\_\_

Telephone (day) \_\_\_\_\_ (evening) \_\_\_\_\_

### Comments

Medical record number:	1	Prescription number	Drug name
Name (Last, First, MI):	2		
	3		
	4		

#### Member #2

Medical record number:	1	Prescription number	Drug name
Name (Last, First, MI):	2		
	3		
	4		

#### Member #1

Use one box per member. If you need more room, please attach a separate piece of paper.

### Step 1—Member information

Fill in the information (please print clearly), tear off the form, and insert it into the envelope with your credit card information or check. **Do not send cash.**

# Prescription Refill Mail-Order Request Form

# Formulario de solicitud de reabastecimiento de recetas por correo

Llene la información que se solicita (por favor escriba con claridad en letra de imprenta), recorte el formulario e introdúzcalo en el sobre adjunto con la información de la tarjeta de crédito o un cheque. **No envíe dinero en efectivo.**

## Paso 1: Información sobre los miembros

Use una casilla por miembro. Si necesita más espacio, por favor inclúyalos en una hoja de papel aparte.

### ■ Miembro n.º 1

Expediente médico n.º	Número de receta	Nombre del medicamento
	1	
Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	2	
	3	
	4	

### ■ Miembro n.º 2

Expediente médico n.º	Número de receta	Nombre del medicamento
	1	
Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	2	
	3	
	4	

Comentarios \_\_\_\_\_

## Paso 2: Información sobre el pago

Todos los pedidos deben pagarse por adelantado. Al pagar con cheque, se podría atrasar su pedido hasta 5 días. **No envíe dinero en efectivo.**

- VISA                       Cheque adjunto (a nombre de Kaiser Permanente) Cantidad que se adjunta \$ \_\_\_\_\_
- MasterCard
- American Express
- ATM/cajero automático (Visa/MC logo)

\_\_\_\_\_  
Titular de la tarjeta

\_\_\_\_\_  
Cuenta n.º

\_\_\_\_\_  
Fecha de vencimiento

\_\_\_\_\_  
Firma del titular de la tarjeta

## Paso 3: Información sobre el envío

Se le enviará su pedido por correo sin ningún cargo adicional. Tardará de 7 a 10 días procesar el pedido.

\_\_\_\_\_  
Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

(    )  
Teléfono (día)

(    )  
(noche)

\_\_\_\_\_  
Teléfono (día)

\_\_\_\_\_  
(noche)