

Prescription Refill Mail-Order Request Form

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.**

Step 1—Member information

Use one box per member. If you have additional members and/or prescription refills, please attach a separate piece of paper.

■ Member #1

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

■ Member #2

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

Comments

Step 2—Payment information

All orders must be paid in advance. Paying by check may delay your refill by up to 5 days. **Do not send cash.**

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

Cardholder name

Account number

Expiration date

Cardholder signature

Step 3—Shipping information

Your refill will be mailed to you by first-class mail 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)

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 existen más miembros y/o reabastecimientos de recetas adicionales, por favor inclúyalos en una hoja de papel aparte.

■ Miembro n.º 1

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

■ Miembro n.º 2

Expediente médico n.º	Número de receta		Nombre del medicamento
	1	2	
Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	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
 MasterCard nombre de Kaiser
 American Express Permanente) Cantidad
 ATM/cajero automático que se adjunta
(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 de primera clase 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)



PLACE
STAMP
HERE

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

Prescription Refill Mail-Order Request Form

Visit us online at **members.kp.org!**

Visítenos en línea en **members.kp.org**