



# Formulario de pedido de medicamentos bajo receta



¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-227-5720 para hablar con un farmacéuta.

## SECCIÓN 1 Verifique la información

- Por Internet** Visite [www.aetna.com/aetnarxhomedelivery](http://www.aetna.com/aetnarxhomedelivery)
- Por teléfono** Llámenos al 1-800-227-5720 o TDD (para impedimentos auditivos) al 1-800-823-6373.
- Por correo** Llene la información y envíe sus hojas de resuministro, recetas médicas y este formulario de pedido a la dirección abajo:

Identificación de miembro:

Fecha de nacimiento:

Por favor escriba el número de recetas médicas que este presentando con este pedido:

Nuevo

Resuministro

**Aetna Rx Home Delivery**  
**PO Box 829519**  
**Pembroke Pines, FL 33082**

Escriba toda la información claramente como aparece en la muestra usando tinta AZUL o NEGRA: 1 2 3 4 A B C D

## SECCIÓN 2 Información del titular de la tarjeta de seguro

Complete si su dirección de entrega ha cambiado o no aparece en la Sección 1.

Dirección de entrega temporal

E-mail \_\_\_\_\_

Identificación de miembro

Apellido

Nombre

Inicial de 2° nombre

Dirección 1

Número de teléfono

Dirección 2

Número de teléfono alternativo

Ciudad

Estado

Código postal

## SECCIÓN 3 Comentarios relacionados con este pedido

---



---



---

## SECCIÓN 4 ENTREGA Y MÉTODO DE PAGO

Entrega - Llene el óvalo para solicitar entrega acelerada (cargo adicional de 20 dólares)

Cheque o giro postal Por favor gire un cheque o giro postal pagadero a **Aetna Rx Home Delivery**

**NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO**

Pago total adjunto (excepto en el caso de pago con tarjeta de crédito): \$ ,

VISA  Discover

MasterCard  American Express  Número de tarjeta de crédito  Fecha de expiración

Usar sólo para esta transacción  Firma del titular de la tarjeta

Usar la tarjeta de crédito en archivo \_\_\_\_\_

Autorizo a Aetna Rx Home Delivery a cobrarse de mi tarjeta de crédito. Entiendo que se cargará a mi tarjeta de crédito los siguientes montos vigentes al momento de suministro de mi pedido: cualquier copago, coseguro y/o deducible correspondiente, pago debido por cualquier medicamento no cubierto por mi plan de beneficios, así como cualquier costo especial de entrega. También entiendo que se cargará a mi tarjeta de crédito cualquier pedido futuro a menos que proporcione una forma de pago alternativa o indique lo contrario seleccionando "Usar sólo para esta transacción" arriba.

